



Psicologia Clínica

ISSN: 0103-5665

psirevista@puc-rio.br

Pontifícia Universidade Católica do Rio de
Janeiro
Brasil

Bocchi, Josiane; Garcia Menendez, Jimena; Prado de Oliveira, Luiz Eduardo

Freud e a transferência dos psicóticos

Psicologia Clínica, vol. 23, núm. 2, 2011, pp. 233-248

Pontifícia Universidade Católica do Rio de Janeiro

Rio De Janeiro, Brasil

Disponível em: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=291022027015>

- Como citar este artigo
- Número completo
- Mais artigos
- Home da revista no Redalyc

redalyc.org

Sistema de Informação Científica

Rede de Revistas Científicas da América Latina, Caribe, Espanha e Portugal

Projeto acadêmico sem fins lucrativos desenvolvido no âmbito da iniciativa Acesso Aberto

FREUD E A TRANSFERÊNCIA DOS PSICÓTICOS¹*Josiane Bocchi***Jimena Garcia Menendez****Luiz Eduardo Prado de Oliveira****

RESUMO

O objetivo deste artigo é mapear os escritos de Freud sobre a transferência dos pacientes psicóticos demarcando quatro etapas. A particularidade deste trabalho consiste exatamente na divisão da experiência freudiana das psicoses em quatro períodos que salientam a questão da transferência com caráter central na experiência com psicóticos. No primeiro período veremos que Freud utiliza a prática do diagnóstico de maneira bastante flexível, no entanto é a partir deles que a noção de transferência aparece. Num segundo momento, Freud duvida que seja possível o tratamento psicanalítico das psicoses. No momento seguinte, Freud manifesta significativo interesse pela clínica das psicoses. Na quarta e última etapa, Freud analisa as relações entre normalidade e anormalidade e avalia as possibilidades da análise de psicóticos. Apresentamos ainda um caso pouco assinalado de um paciente de Freud, pois acreditamos que compreender o pensamento de Freud a partir da experiência clínica é importante para que se compreenda o conjunto de sua obra.

Palavras-chave: psicose; transferência; Freud.

* Pós-doutoranda do PPGPsi (FAPESP), Universidade Federal de São Carlos (UFSCar); Professora colaboradora do Departamento de Psicologia.

** Doutora em psicopatologia clínica e psicanálise; Établissement public de santé Barthélemy Durand; Centro hospitalar de Étampes.

*** Diretor de pesquisas, Centre de recherches en psychanalyse, médecine et sociétés – Université de Paris 7 – Denis Diderot; Professor de psicopatologia – Université européenne de Bretagne-Brest; Professor visitante, Departamento de psicologia – Universidade de São Paulo; Psicanalista Membro de Espace Analytique.

¹ Este trabalho foi realizado durante a vigência da bolsa de pós-doutoramento de Josiane Bocchi (FAPESP 09/54555-8).

ABSTRACT**FREUD AND THE PSYCHOTIC'S TRANSFERENCE**

The purpose of this paper is to map the writings of Freud on the transfer of psychotic patients demarcating four steps. The particularity of this work is exactly the Freudian division of experience into four periods of psychosis that emphasize the issue of transfer to the central character in the psychotic experience. In the first period we find that Freud uses the practice of diagnosis quite flexible, however, is from them that the concept of transfer appears. Secondly, Freud doubts it is possible the psychoanalytic treatment of psychosis. The next moment, Freud expressed significant interest in the clinic of psychosis. The fourth and final stage, Freud analyzes the relationship between normality and abnormality and evaluates the possibilities of the analysis of psychotics. We also present a somewhat noted case of a patient of Freud, because we believe they understand the thinking of Freud from the clinical experience is important to understand the totality of his work.

Keywords: psychosis; transference; Freud.

Compreender o pensamento de Freud a partir da experiência clínica é importante para que se compreenda o conjunto de sua obra e alguns de seus últimos textos, como “Constructions dans l’analyse”. O pensamento de Freud é sempre criativo e curioso. É sobretudo assim com a experiência clínica. Existem nele três ou quatro etapas, pelo menos, relativas à transferência dos pacientes psicóticos e, é lógico, relativas às diferenças entre psicoses e neuroses. Retomamos aqui dois precedentes trabalhos de um de nós sobre a situação da psicose na obra de Freud, quando foi mostrado como o interesse de Freud por esta clínica se articulou com sua ambição de expandir e afirmar o campo da psicanálise através de Jung e Bleuler e como o testemunho da psicose se inscreve em uma intertextualidade impossível de ser negligenciada, sob pena de não se a compreender¹.

No primeiro período da elaboração freudiana a respeito das psicoses, a transferência dos pacientes psicóticos é uma evidência, inclusive com Schreber. O primeiro momento corresponde aos estudos sobre a histeria. Em seus primeiros casos clínicos, Freud começa escrevendo sobre a histeria e quase imediatamente passa a tratá-los como casos de psicoses histéricas. Sabemos hoje que estas fornecerão um dos principais componentes das futuras esquizofrenias. Este momento se prolonga pelo menos até a análise da autobiografia de um caso de paranoia (demência paranoide). Desde o título uma passagem ocorre entre demência e paranoia, como no começo havia uma passagem da histeria à psicose histérica.

No segundo período, posterior à crise com Jung e ao texto sobre Schreber, Freud afasta a possibilidade do tratamento analítico dos pacientes psicóticos, na medida em que seriam eles incapazes de transferência ou realizando uma transfe-

rência negativa muito poderosa. Entretanto, queremos sublinhar o “na medida em que”, pois Freud tem sempre muitas precauções no respeito à questão.

Em relação ao primeiro período, os nomes de Kræpelin e de Bleuler marcam a psiquiatria de língua alemã. O primeiro hesita ainda entre demência precoce e parafrenia para descrever um mesmo quadro clínico. O segundo escolheu a criação de uma nova entidade, regroupando tudo que Kræpelin tinha tão minuciosamente separado. Com efeito, com o conceito de “esquizofrenia”, Bleuler engloba a história da psiquiatria alemã e resolve as dificuldades de Kræpelin. Freud parece reivindicar para si a noção de parafrenia, particularmente no estudo sobre Schreber, onde sua crítica da “esquizofrenia” de Bleuler o acusa de fazer o que ele próprio, Freud, faz com a noção de “projeção”. Mas desde 1915 a esquizofrenia está presente nos escritos freudianos.

Em seguida, segunda etapa, Freud duvida que seja possível o tratamento psicanalítico das psicoses. Vários textos, entre aqueles considerados como relevantes para a “técnica analítica”, parecem afirmá-lo, embora nunca sejam categóricos. Essas dúvidas parecem ligadas às circunstâncias das relações de Freud com Jung e, sobretudo, das relações entre estes dois cavalheiros e Sabina Spielrein. Jung teria sido o primeiro grande aventureiro no domínio psiquiátrico e Sabina, hospitalizada por “esquizofrenia”, tornou-se analista.

“Pour introduire le narcissisme” (1914) servirá amplamente a Freud para justificar a impossibilidade de uma transferência dos pacientes psicóticos e, logo, da cura destes pacientes. Neste período, o novo conceito de Bleuler e a utilização feita da noção de autismo, parecem atrapalhar Freud, que duvida da extensão de suas teses sobre a transferência.

Entretanto, entre essas duas etapas, Abraham, por seu lado, já havia começado sua experiência com paciente depressivos e/ou maníaco-depressivos. Freud sabe disso, pois Abraham lhe escreve regularmente sobre o assunto. A clínica de Abraham e suas elaborações teóricas levarão Freud a mudar de posição. Os pacientes psicóticos são capazes de transferir e sua cura é possível. As distinções entre as psicoses e as neuroses não são tão demarcadas quanto o texto sobre o narcisismo poderia levar a crer. Esta ausência de demarcação já era própria à psiquiatria clássica de língua alemã, de Griesinger a Kræpelin. O primeiro considerava que o único diagnóstico seguro e definitivo é o da morte. O segundo considerava que uma formação psicótica vinha a “se resolver” em formação neurótica. Nesse terceiro período, Freud retoma a questão da análise e da transferência de pacientes psicóticos baseado em Abraham, que lhe havia fornecido amplo material relativo à análise dos psicóticos e a suas particularidades transferenciais. Freud é agora francamente favorável à exploração desse novo continente.

Pensamos que as reticências de Freud no relativo ao tratamento possível das psicoses corresponde a suas reticências e afastamento de Jung. As psicoses eram do domínio do Bärgholzi, clínica onde trabalhavam Jung e Bleuler. Pretendemos neste trabalho, que é um mapeamento dos escritos de Freud sobre a transferência dos pacientes psicóticos, abordar essas etapas. Para concluir, traremos um caso de um paciente de Freud pouco assinalado.

Enfim, um último momento do pensamento freudiano sobre as psicoses apresenta-se em sua relação com Ferenczi, quando o pensamento do analista ele próprio é comparado ao delírio².

A TRANSFERÊNCIA DOS PSICÓTICOS: PRIMEIRO PERÍODO, A DES- PREOCUPAÇÃO

Freud utiliza o arsenal nosográfico e a prática do diagnóstico de maneira bastante flexível. Quase todos os casos que apresenta em seus estudos sobre a histeria revelam-se como psicoses. E, entretanto, é a partir deles que a noção de transferência aparece.

1º caso) A respeito de Anna O.: a paciente, após um período de latência, sofre de uma “doença manifesta. Uma psicose de tipo particular” (Freud, 1895: p. 15) com distúrbios severos da visão, contrações severas dos músculos, embora tenha melhorado, até que a morte do pai desencadeie uma nova crise. Alucinações, ausências, só fala em inglês (estamos na Áustria), impulsos suicidas severos. No meio de uma conversa, alucina, corre, sobe numa árvore. Se alguém a segura, retoma a conversa, como se nada tivesse ocorrido.

A psicose extremamente acentuada que aparecia desde que houvesse um intervalo considerável em suas sessões de hipnose mostra até que ponto estas produções influenciavam... seu estado “normal”. É difícil evitar explicar a situação sem dizer que a paciente se encontrava dividida em duas personalidades, das quais uma era mentalmente normal e a outra louca. (Freud, 1895, p. 34)^{NR}

E ainda, em conclusão: resta ver se em outros casos uma histeria crônica não esconde uma psicose.

2º caso) Emmy von N.: “Os sintomas psíquicos no nosso caso atual de histeria com pouquíssimas conversões podem ser divididos em alterações do humor (angústia, depressão melancólica), fobias e abulias (inibições da vontade)”

(Freud, 1895, p. 67). A paciente sofre ainda de alucinações e delírios, apresentando violentas dores gástricas que Freud acaba relacionando com as alucinações, também de contrações musculares generalizadas, que Freud trata por meio de massagens. Sofre ainda de anorexia. Quase todo o tratamento desta paciente se desenrola num asilo, onde Freud a visita quase todo dia. Quando ela sai do asilo, tempos depois, Freud vai à sua casa, onde reside “durante muitos dias”, e passeia com ela à beira-mar. Durante muito tempo, Freud continua a receber notícias, e, finalmente, uma de suas filhas pede-lhe um certificado a respeito do tratamento e dos diagnósticos iniciais, visto que, na velhice, sua mãe tornou-se absolutamente insuportável e cruel, ameaçando as filhas. Freud compara Emmy von N. a uma outra de suas pacientes que sofria de “psicose histérica”, e ainda a uma outra que evoluiu de uma histeria banal a uma demência precoce, e considera o delírio de Emmy como um “delírio histérico”.

A família desta paciente era bastante próxima da família do próprio Freud. Ambas partiam de férias juntas, se frequentavam regularmente. Mais tarde, Freud analisará um sobrinho e uma sobrinha de Emma von Eckstein, irmãos. O tratamento terá melhor resultado com o rapaz do que com a jovem. Entre os diversos aspectos do tratamento, Freud propõe “máximas” à paciente, fáceis de memorizar e que ela deve ter sempre presente no espírito. Freud a reassegura quanto a suas capacidades e estabelece proibições quando julga que algo agrava o estado mental de sua paciente. Tudo isso, entretanto, transforma-se num grande fracasso! A transferência não se produz.

Na quarta parte desses “Études sur l’hysterie”, quando trata da Psicoterapia da histeria, Freud introduz e discute o conceito de transferência, com um exemplo de “transferência erótica”. Entretanto, queremos observar: as pacientes de Freud não são propriamente histéricas, mas verdadeiramente psicóticas. Anna O, Emmy von N., mas também Lucy R, a respeito de quem Freud assinala imediatamente suas alucinações olfativas importantes, ou Elisabeth von R., na qual Freud assinala imediatamente a dissociação da personalidade como um traço maior de seus sofrimentos. Freud aborda, aliás, alguns aspectos da transferência dos pacientes psicóticos: “De maneira surpreendente, a paciente sempre se decepiona de novo, cada vez que isto se repete” (Freud, 1895, p. 246). Ou, bem antes, quando utiliza ainda o termo “falsas associações”: “a desconfiança” e a “clivagem da consciência”.

Passemos sobre o caso Schreber, a respeito de quem Freud assinala a transferência em relação a Flechsig, seu médico, e a Deus.

SEGUNDO PERÍODO: A RECUSA E AS HESITAÇÕES

1913: “Les débuts du traitement”. Freud estabelece a necessidade de um período preliminar ao começo da análise propriamente dita e afirma que o analista “não pode manter sua promessa de cura se o paciente sofre não de uma histeria ou de uma neurose obsessiva, mas de uma parafrenia”. Entretanto, imediatamente acrescenta uma nota de pé de página: “Há muito a dizer a respeito da incerteza dos diagnósticos, a respeito das perspectivas de sucesso na análise de formas leves de parafrenia e a respeito das razões de similaridade entre estas duas desordens, mas não posso estender-me aqui”. (Freud, 1913, p. 82)

1914. “Pour introduire le narcissisme”: “Uma razão urgente para que nos ocupemos com a concepção de um narcisismo primário e normal apareceu quando tentamos resumir o que sabemos da demência precoce (Kræpelin) ou da esquizofrenia (Bleuler) a partir da hipótese da teoria da libido. Pacientes deste tipo, que propus chamar de parafrênicos, mostram duas características principais: a megalomania e o desinteresse em relação ao mundo externo – das pessoas e das coisas. Em consequência destas últimas transformações, tornam-se inacessíveis à influência da psicanálise e nossos esforços não podem curá-los. Mas o desinteresse do parafrênico em relação ao mundo externo necessita uma caracterização mais precisa. Um paciente que sofre de histeria ou de neurose obsessiva, sublinho, *na medida da extensão de sua doença*, abandona sua relação com a realidade”. (Freud, 1914, p. 82)

1915. Eis aqui um dos trechos de seus escritos que mais servem àqueles que postulam a impossibilidade de analisar psicóticos. Trata-se da sétima parte do texto cujo título é “L’Inconscient” (1915): “Nos casos de esquizofrenia, por outro lado, fomos levados à hipótese segundo a qual, após o processo de repressão, a libido que foi retirada não mais busca um novo objeto, pois retorna ao ego; quer dizer que aqui ocorre um abandono do investimento objetual e que uma condição primitiva anobjetual de narcisismo é restabelecida. A incapacidade de tais pacientes de estabelecer uma transferência, sublinho eu (*na medida da extensão do processo patológico*), sua inacessibilidade consequente aos esforços terapêuticos, seu repúdio característico do mundo externo, o aparecimento dos sinais de um hiperinvestimento de seu próprio ego, o resultado final que é o de uma completa apatia – todos estes traços clínicos parecem concordar extremamente com a hipótese de que seus investimentos de objeto foram abandonados”. (Freud, 1915, pp. 109-110)

Em 1920, em seu “Sur la psychose nése d’un cas d’homossexualité féminine” (1920), logo que pensou compreender a transferência da jovem, ou seja, que a jovem o teria considerado como seu pai, Freud pára a cura e entra em contato com os pais da moça para aconselhá-los a prosseguirem o tratamento, se quiserem, mas com uma analista mulher. Entretanto, há esta observação: “Parecia, ainda

mais, como se nada ligado a uma transferência em relação ao médico tivesse sido efetuado. O que é, porém, absurdo, claro, ou pelo menos é uma maneira pouco rigorosa de exprimir as coisas. Pois algum tipo de relação com o analista deve existir, e essa relação é quase sempre transferida a partir de outra, infantil” (Freud, 1920, p. 262). Freud retoma ainda essas afirmações em seu estudo autobiográfico de 1924-1925: “A transferência é um fenômeno universal da mente humana, é ela que decide o sucesso de toda influência médica, e de fato domina a totalidade das relações de cada pessoa ao seu meio humano” (Freud, 1925, p. 74). E mesmo desumano, podemos acrescentar, seguindo um dos primeiros artigos de Ferenczi, de 1913, sobre “O desenvolvimento do sentido da realidade e seus estágios”.

TERCEIRA ETAPA: O INTERESSE PELA CLÍNICA DAS PSICOSES

Sempre neste mesmo estudo autobiográfico, Freud retoma de maneira bem clara e precisa: “Pacientes mentais, em regra, são incapazes de formar uma transferência positiva, de maneira que o principal instrumento da técnica psicanalítica não lhes é aplicável. Existem, entretanto, numerosas maneiras de abordar estas questões que restam a descobrir. Frequentemente a transferência não é tão completamente ausente que não possa ser utilizada em certa medida; e a análise obteve sucessos indubitáveis com as depressões cíclicas, ligeiras modificações paranoicas e esquizofrenias parciais. Enfim, foi um benefício para a ciência que em muitos casos o diagnóstico pode oscilar entre decidir que se trata de uma psicose ou uma demência precoce; pois as tentativas terapêuticas começadas nestes casos resultaram em descobertas valiosas antes que fossem obrigadas a cessar [...]. Foi sem dúvida Abraham quem trouxe os maiores progressos na elucidação das melancolias. Neste domínio, é verdade, todo saber não se converte imediatamente em poder terapêutico, mas mesmo simples avanços teóricos não devem ser desprezados e podem bem esperar sua hora de aplicação prática” (Freud, 1925, pp. 101-102). Ponto final: as psicoses também pertencem ao campo das pesquisas, da reflexão e do tratamento analíticos.

Freud discutirá longamente o tratamento psicanalítico das psicoses no capítulo 34 das “Nouvelles conférences...”. Por exemplo: “O fato de que, de maneira geral, as psicoses sejam inacessíveis à terapia analítica – dando-se a proximidade que têm com as neuroses – deveria limitar nossas pretensões em relação a estas”, quer dizer, *limitar nossas pretensões no relativo às neuroses*” (Freud, 1933, p. 206. O grifo é dos autores). De maneira mais justa: neuroses e psicoses se esclarecem mutuamente.

Eis a sutileza, ou, se preferirem, a dialética do que Freud expõe: primeiro momento: “O outro limite da eficácia analítica depende da forma da doença. Vocês já sabem que o campo de aplicação da terapia analítica é constituído pelas neuroses de transferência, as fobias, as histerias, as neuroses obsessivas e ainda pelas anomalias do caráter desenvolvidas em lugar das doenças. Tudo que difere disto, os estados narcísicos, psicóticos, é *mais ou menos* desapropriado” (Freud, 1933, p. 257). Sublinhamos, simplesmente, “mais ou menos”.

Entretanto, isso corresponde a uma primeira hipótese que Freud apresenta aqui. Seu raciocínio continua.

Segundo momento: “Seria, em consequência, absolutamente legítimo se proteger dos fracassos pela exclusão minuciosa destes casos”. Não sabemos nem de que “fracassos” se trata. Essa argumentação nos parece ligada a Ferenczi ou a Jones. Resta verificar.

Entretanto, terceiro momento: “Sobretudo, existe uma dificuldade. ‘Muito frequentemente’, nossos diagnósticos só têm sentido, só são dados *Nachträglichkeit*, posteriormente”. (Freud, 1933, pp. 207-208) Freud continua contando uma pequena história baseada em Victor Hugo, que, ele mesmo, contava uma história sem nenhum fundamento, mas pretendemos tê-lo. Não discutiremos os problemas da incidência do estilo sobre o raciocínio, não dizemos científico, mas pesquisador. Digamos que o que nos interessa aqui é a comparação, a metáfora mais na moda. A historinha é a seguinte: houve um rei que sabia como distinguir verdadeiras feiticeiras de falsas. Cozinhou ambas e, depois, provando o caldo, dizia tratar-se de uma verdadeira ou de uma falsa. Freud conclui que os psicanalistas fazem a mesma coisa, com a diferença que o engano os prejudica. Poderíamos rir aqui de Freud. Não se pode julgar, diz ele, nem um paciente, nem um candidato à formação analítica, antes de várias semanas ou meses. Nosso riso aumentaria: as feiticeiras morreram e ponto final. Os pacientes ou candidatos *pagam* para serem avaliados, muitas vezes bem caro. A observação de Freud é cômica: diz ele, reivindicando para si e para os psicanalistas o que na verdade ocorre com os pacientes ou candidatos. “Pagamos à vista”, diz Freud. Mas, quem “paga à vista”??? O analista ou o paciente? Lembremo-nos desta paciente que me pagou uma sessão com uma nota de 100 euros em fotocópia colorida. Disse: “Você acha que é dinheiro falso?”. E continuou: “Prove então que a análise é de verdade!”.

Freud não suporta nem transferência negativa, nem transferência positiva excessiva. Não suportar transferência negativa é problemático e inútil, pois, caso esta seja excessiva, é o paciente que não nos suporta. Logo, equivale a dizer que não suportamos pacientes que abandonam a análise. E, quanto à transferência positiva excessiva, esta, sim, constitui o principal perigo, ou seja, o maior inimigo da análise é a idealização que o paciente possa fazer do analista.

Quando Freud escreve que é difícil analisar psicóticos, na verdade está apenas escrevendo sobre sua própria impossibilidade ou dificuldade momentâneas em analisar psicóticos. Esta declaração não tem nenhuma incidência na realidade das psicoses ou do que se pode fazer com elas. A prática de Freud frequentemente difere bastante de sua teoria e cada uma comporta suas contradições próprias.

O PACIENTE AB

Entre 1925 e 1930, quer dizer, na época de suas contribuições mais maduras sobre as psicoses, também mais afastadas de Jung, Freud analisou um jovem, que chamaremos de AB. Trata-se de um jovem adulto psicótico, cujo caso foi recentemente “reconstruído” a partir da correspondência entre Freud e Pfister e dos documentos clínicos encontrados no hospital psiquiátrico norte-americano onde terminou seus dias.

Pfister, inquieto, envia o paciente a Bleuler, que diagnostica uma “esquizofrenia leve” e faz as seguintes observações: “Pelo menos durante os três quartos de hora de nossa entrevista, ele foi incapaz de concentrar-se em um tema. Não se interessava por nossa conversa. Seu discurso não seguia uma sequência lógica, contrariamente às personalidades obsessivo-compulsivas, que tentam dolorosamente ser exatas. Falou de sua compulsão de lavar as mãos, que os outros consideravam estúpida ou louca, mas que tem um sentido para ele; ao mesmo tempo, brincava com objetos sobre a mesa, inclusive com um cinzeiro, que tocava por dentro e por fora sem se preocupar com a sujeira. Também me contou como as pessoas olham-no de certa maneira, como se preocupam com ele na rua... Foi seu jeito de falar dessas coisas que me pareceu esquizofrênico³”.

O diagnóstico de Bleuler é baseado exclusivamente em seus conhecimentos clínicos, na sua sensibilidade e na observação do paciente. Recomenda um tratamento com Pfister: “Eu lhe disse que, sendo muito neurótico, precisava de uma educação correta, o que seria possível caso se confiasse em você de todo ponto de vista. Isto porque está ainda em uma etapa tão precoce que a psicanálise ainda pode ser útil, se for conduzida não tanto como uma análise, mas como uma educação. Se a doença parar, o futuro não deve ser tão ruim. Por educação entendo principalmente a criação de um interesse por certo tipo de trabalho, certa orientação da vida com algum objetivo e o abandono gradual dos sintomas externos mais marcantes⁴”.

Freud provavelmente conheceu a opinião de Bleuler a respeito de AB. Pfister tinha a esperança de que ele pudesse analisar seu paciente. De fato, foi o caso. Freud

escreve-lhe em 11 de outubro de 1925: “Rapidamente após ter exposto meu plano para AB., senti uma reação. Comecei a sentir pena do coitado, e depois consegui uma hora mais propícia, talvez eu mesmo tenha superado um acesso de pusilanimidade. Portanto, enviei um telegrama para que você não fizesse nada ainda e decidi tomar o caminho mais lento de escrever eu mesmo a seus pais. Fui muito franco com eles, expondo ao menos dois dos três motivos que eu tinha para renunciar a esse paciente: o fato de ele precisar ser submetido a uma influência constante, talvez durante anos, que eu não poderia possivelmente levar até o fim; e o medo de que seu estado se agravasse [...]. Ou o levam embora logo, livrando-me de uma tarefa difícil e provavelmente ingrata, ou, se permitem que ele continue, minha posição será fortalecida e melhorada. Segundo as considerações de sua carta, que testemunham da incompreensão da mãe, a primeira possibilidade me parece a mais provável e não o lamentarei. Mantenho-o informado, no devido momento, sobre o desenvolvimento futuro do caso AB”. (Freud, 1925a, pp. 149-150)

Salientamos as condições consideradas necessárias para o tratamento de um jovem com um sério risco psicótico. Também é interessante constatar que Freud não hesita em contatar os pais do paciente e em fazer da qualidade de sua presença um critério de avaliação das possibilidades terapêuticas. Além do mais, Freud é atento ao que sente, o que mais tarde será considerado como um elemento essencial da contratransferência. No dia 3 de janeiro de 1926, escreve de novo a Pfister: “No que diz respeito a nosso rapaz AB, o que sinto é peculiar. Minha convicção médica de que está no limite de uma demência paranoide acentuou-se. Estive muito perto de abandoná-lo de novo, mas há nele alguma coisa de tocante que me impede de fazê-lo; sob a ameaça de uma ruptura, tornou-se doce e acessível, de modo que atualmente nos damos bem. A grande deterioração, da qual faz também parte a carta que lhe enviou, tem sem dúvida algo a ver com o fato de que lhe comuniquei o segredo da neurose, que provavelmente adivinhei de modo correto. A primeira reação a esta revelação devia ser um enorme aumento das resistências. O que me dá dó, no caso, é a convicção de que vai terminar muito mal se não terminar bem. Acho que o rapaz se matará sem o menor escrúpulo. Portanto, nada pouparei para afastar essa possibilidade”. (Freud, 1925a, pp. 151-152)

Ainda, em 14 de setembro de 1926, escreve a seu correspondente: “O que havia nele de odioso foi felizmente ultrapassado; sinto francamente amizade por ele e parece me retribuir. Após terríveis esforços, consegui esclarecer fragmentos isolados da história do seu desenvolvimento íntimo e o efeito foi muito favorável, como puderam confirmar os pais que o viram durante as férias. Exteriormente, ainda se comporta de modo bastante particular, bem longe do normal, o que corresponde ao caráter incompleto de nossos resultados. Além disso, evidentemente

existem nele traços inquietantes, como se estivesse para passar da neurose obsessiva à paranoica. As ideias que surgem nele e o encadeamento de seus pensamentos são frequentemente desconcertantes e bem poderíamos classificar esses sintomas de ideias delirantes. A cada vez que cai na resistência, me digo que é uma esquizofrenia; quando alguma coisa é esclarecida, essa má impressão se apaga. Penso que vou deixar de lado o problema médico do diagnóstico e vou continuar trabalhando sobre o material vivo. Enquanto ele manifestar certa maleabilidade e enquanto formos bem-sucedidos, me sentirei justificado. A impressão de que sua pessoa vale os esforços não é acessória”. (Freud, 1925a, pp. 157-158)

Mais tarde, ao longo do tratamento do jovem, Freud testemunha sua hesitação quanto ao diagnóstico, cuja importância não é fundamental: obsessivo, paranoide ou esquizofrênico. O fim do tratamento é duvidoso, o que não o impede de continuá-lo. Sua própria contratransferência é variável. Por exemplo, em 11 de abril de 1927: “Não me deterei no problema do diagnóstico, é certo que há nele abundantes traços esquizofrênicos, mas não razão para que eu o recuse agora. O fundamento do diagnóstico não é muito claro. Mas este homem é uma prova dura. Atualmente obstino-me em exigir-lhe que resista voluntariamente à masturbação fetichista; ele não quer acreditar que essa abstinência é indispensável e nos conduzirá ao progresso da cura. Por outro lado, ligado a ele por uma grande simpatia, não posso decidir-me a mandá-lo embora e arriscar um fim funesto. Continuo, então. Ele escapará de mim provavelmente quando eu cessar definitivamente minha obra”. (Freud, 1925a, p. 160)

E ainda, em 22 de outubro de 1927, escreve: “AB... possui, sem dúvida alguma, muitos traços paranoides – mas podemos prosseguir o tratamento com alguma esperança”. (Freud, 1925, p. 166) No dia 28 de julho de 1928, Freud escreve à mãe de AB: “Não tenho direito de esconder-lhes o diagnóstico de seu filho que é de esquizofrenia paranoide. Contudo, vocês têm o direito de assinalar que esse diagnóstico tem pouco sentido e não nos permite avaliar a incerteza quanto a seu futuro. Mesmo Rousseau era um caso parecido, não menos anormal. Cada vez que examino esta análise, penso que seria impossível trazer-lhe algo além do que ele mesmo poderia fazê-lo. Existem limites para a influência direta possível de exercer-se sobre ele. O que resta agora é um trabalho interior dele, que não terminará necessariamente em seis meses. Pode-se ter muitas esperanças, mas também deve-se ter, na mesma medida, temor. [...] Ficaria muito contente, naturalmente, em ter notícias dele”.

A análise de AB durou ainda certo tempo em 1930. Durante esses cinco anos, cursou as disciplinas e prestou os exames de doutorado na universidade de

Viena, mas não conseguiu escrever sua tese. A análise terminou quando Freud considerou que era inútil continuar o trabalho, encaminhando o paciente para Ruth Mack Brunswick, com a esperança de que uma analista mulher fosse mais útil⁵. AB nunca aceitou verdadeiramente essa decisão e a indicação a nada levou. Ele isolou-se na psicose, cortou relações com os pais e reencontrou Freud uma última vez, em 1931, que lhe pediu que retomasse contato com os pais. Segundo seu histórico hospitalar, após uma vida muito solitária, reaproximou-se deles. AB continuou internado em hospitais psiquiátricos a maior parte de seus dias. Como Freud temia, tentou seriamente se suicidar, sem que lhe fosse fatal.

Em 1935, um psiquiatra do hospital McLean escreveu a seguinte nota: “O paciente pensa que o começo de sua neurose deve-se ao choque que recebeu na época em que descobriu que mulher não tem pênis. Acredita ter descoberto isso observando sua mãe. Acha que isso foi um choque tal que desencadeou uma neurose. Questionado sobre a origem de tal ideia, diz que foi Freud. Admite não se lembrar desse choque nem nada relacionado. Contudo, acredita que é absolutamente verdadeiro. Argumenta que não é preciso lembrar-se do choque para acreditar nele e estabelece a analogia de que não se lembra de ter nascido de uma mulher, embora saiba perfeitamente que foi assim. Tem a impressão de que deve analisar mais a situação, o que faz aqui através de escritos ao longo do ano”.

Muitos psiquiatras do hospital notaram que AB se confessava a eles após cada episódio de masturbação. Em 1950, um psiquiatra do hospital relatou que o paciente contara-lhe, com terror, a seguinte lembrança: aos cinco anos de idade, uma babá dava-lhe um banho com sua irmã de dois anos, na mesma banheira. Como protestava pelo fato de ser esfregado, ela lhe dissera que se acalmasse, senão lhe cortaria o pênis como tinha feito com a irmã. Não existia nenhum relatório anterior de tal lembrança. O paciente tinha a impressão de que os anos passados com Freud foram os mais produtivos e interessantes da sua vida. Morreu nos anos 70.

Freud raciocinava segundo uma epistemologia própria de sua época, inspirada em Leibniz: um problema devia ter uma solução ou ser insolúvel. Neste caso, o tratamento é inútil. Freud repetiu com AB o mesmo procedimento de interrupção do tratamento que empregara com o “Homem dos lobos” ou com a “jovem homossexual”. Hoje seríamos bem mais prudentes. As interrupções de tratamentos, no fundo, não dão nunca os resultados esperados e reservam suas próprias surpresas. A experiência clínica demonstra que é melhor deixar o paciente psicótico livre de seus movimentos para interromper o tratamento quando queira e também retomá-lo.

QUARTA ETAPA: AS POSSIBILIDADES DA ANÁLISE (1937). PROXIMIDADE ENTRE PENSAMENTO ANALÍTICO E DELÍRIO

A última etapa do pensamento de Freud a respeito da análise de pacientes psicóticos começa em 1922, a partir do texto que trata de *alguns mecanismos neuróticos na paranoia*. Freud criara em 1914, na sua introdução ao narcisismo, o termo neurose narcísica para designar a melancolia e a paranoia, revelando quanto era estreita a nosografia clássica. Em seus dois textos de 1924 – um que articula neurose e psicose; outro que estuda a perda de realidade em cada uma delas – Freud revisita suas considerações de 1914.

Esta última etapa encontra-se muito bem resumida em dois textos de Freud de 1937: “Contructions daus l’analyse” e “L’analyse avec fin et l’analyse sans fin”. Esse último é uma longa resposta à acusação de Ferenczi segundo a qual Freud não teria analisado sua transferência negativa. A resposta de Freud é simples: não a analisou porque Ferenczi não apresentou uma transferência negativa. Trata-se de um argumento curioso. Esse tipo de transferência não parece ter se manifestado tampouco no caso da jovem homossexual; Freud o teria pressentido. Com Ferenczi, entretanto, ele sustenta que só é analisável aquilo que é manifesto. Na sua resposta, Freud examina pela última vez a questão da análise dos psicóticos. O texto constitui um verdadeiro testemunho clínico:

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* (1), 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 julgamento (2). 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* (3). O ego anormal, inútil para nossos fins, infelizmente não é ficção. Na verdade, toda pessoa normal é apenas normal na média. *Seu ego aproxima-se do ego do psicótico num lugar ou noutra e em maior ou menor extensão*, e o grau de seu afastamento de determinada extremidade da série e de sua proximidade da outra nos fornecerá uma medida provisória daquilo que tão indefinidamente denominamos de “alteração do ego” (4). (Freud, 1937, p. 250)

Essa passagem de Freud é bastante interessante devido às seguintes observações: (4) Os “psicóticos” e os “normais” têm muitos pontos em comum; (3) A “normalidade” é uma ficção, a “anormalidade” é bem real; (2) Segundo minha

experiência, os “pacientes psicóticos” “colaboram” muito no tratamento, na medida de seu sofrimento e da confiança no analista, se o analista a obtém e a merece; (1) A noção de “aliança terapêutica” era importante para Freud.

Freud compara a atividade mental do analista à do psicótico, depois de ter elaborado uma teoria nodal da abordagem psicanalítica das psicoses que estabelece que todo delírio e toda alucinação possuem um *núcleo de verdade* que importa descobrir. Aliás, essa tese já se encontra em Sérieux e Capgras. Mas Freud refere-se a um núcleo de verdade *histórica*, ao passo que os psiquiatras falam, por assim dizer, *avant la lettre*, de um núcleo de verdade *fenomenológica*⁶. Um lembrete a respeito do pensamento do analista: Freud considera “construção” tudo aquilo que o analista pensa sobre o paciente e tudo aquilo que lhe comunica. Desse modo, a “interpretação” mereceria o nome de “construção”. E prossegue: “Os delírios dos pacientes parecem-me ser os equivalentes das construções que erguemos no decurso de um tratamento analítico – tentativas de explicação e de tratamento”. (Freud, 1937a, p. 280) Delírio e pensamento analítico só se diferenciam no fim do trabalho: o delírio, considerado como tentativa de cura a partir do estudo sobre Schreber, conduz a um novo recalque ou ao fortalecimento de recalques existentes e fracassa nos seus esforços. O pensamento analítico conduz a levantar o recalque, tornando acessível um “fragmento perdido da história vivida”.

BREVE CONCLUSÃO

A psicose, afastada da psicanálise durante um período curto, encontra-se agora no seu cerne. Isto determina a teoria e a prática da psicanálise após Freud, especialmente nas obras de Melanie Klein e Lacan, que atribuem, ambos, importância maior às psicoses. Melanie Klein retoma a Tausk a hipótese da identificação projetiva, que transforma em certeza, Lacan retoma a Laforgue a proposição do conceito de escotomização, que transforma em forclusão. Outras teorizações se seguirão, cada uma com suas particularidades. Encontraremos assim, num período mais curto que se imagina, a constituição do autismo como uma entidade à parte, que não é mais apenas um dos sintomas da esquizofrenia, como postulava Bleuler em 1911. A noção de autismo se expande entre 1950 e 1990 para declinar em seguida e se desfazer progressivamente. Entretanto, a ela está ligada a noção de identificação adesiva, formulada por Meltzer. As identificações narcísica, de Freud, projetiva, de Melanie Klein, e adesiva, de Meltzer, podem articular-se em torno da noção de forclusão, avançada por Lacan.

Constatamos porém inexistir no texto de Freud qualquer comparação supostamente estrutural entre neurose, psicose, perversão ou normalidade. Uma pesquisa minuciosa mostra também a extrema raridade dessa distinção no texto lacaniano, onde ela aparece apenas em uma ocasião⁷. Certos pesquisadores e clínicos pensam ainda poder estabelecer fronteiras estanques entre psicose e “normalidade”. Tal não é a opinião nem de Freud, nem de Lacan. A aplicação correta dos métodos da pesquisa teórica, esclarecida pela experiência clínica, lhes dá razão.

Pensamos parar por aqui. Quando se faz uma pesquisa, cumpre consultar todos os documentos disponíveis. Sejam quais forem nossos problemas, acho que a orientação de Lacan pode inspirar-nos: nenhuma orientação quanto à técnica analítica pode ou deve basear-se em prescrições; todas devem limitar-se a descrições. Entre o prescritivo e o descritivo, em análise, a prioridade cabe a este último.

REFERÊNCIAS

- Forrester, J., & Cameron L. (1999). A cure with a defect: a previously unpublished letter by Freud concerning Anna O. *International Journal of Psycho-Analysis*, 80(5), 929-942.
- Freud, S., & Breuer, J. (1893/1971), *Études sur l'hystérie*. Paris, PUF.
- Freud, S. (1911/2001). Remarques psychanalytiques sur l'autobiographie d'un cas de paranoïa (*Dementia paranoides*) (Le Président Schreber). *Cinq psychanalyses*. Paris: PUF.
- Freud, S. (1913/2005). Sur l'engagement du traitement, *Oeuvres Complètes*, XII. Paris: PUF.
- Freud, S. (1915/1988). L'Inconscient, *Oeuvres Complètes*, XIII. Paris: PUF.
- Freud, S. (1973). *Névrose, psychose et perversion*. Paris: PUF.
- Gay, P. (1988). *Freud, une vie*. Paris: Hachette.
- Laloue, R. (2000). *La psychose selon Freud (ou d'une regard par-dessus le mur)*. Paris: L'Harmattan, Dossiers du Hospital McLean.
- Lasègue, C. E. (1878). *Des hystériques périphériques*. Archives générales de médecine, 1, 641-656. Paris.
- Marinelli, L., & Meyer, A. (2009). *Rêver avec Freud: l'histoire collective de L'Interprétation du rêve*. Paris: Aubier.
- Prado de Oliveira, L. E. (2006). The Unconscious, between Freud and Tausk. *Freud for a Modern Reader*. London: Whurr Books.
- Prado de Oliveira, L. E. (1979). *Le cas Schreber: contributions psychanalytiques de langue anglaise*. Paris: PUF.
- Prado de Oliveira, L. E. (1996). *Schreber et la paranoïa, le meurtre d'âme*. Paris: L'Harmattan.

- Prado de Oliveira, L. E. (1997). *Freud et Schreber, les sources écrites du délire, entre psychose et culture*. Toulouse: Erès.
- Sérieux, P., & Capgras, J. (1909). *Les folies raisonnantes, le délire d'interprétation*. Paris: Félix Alcan Editeur. Repris dans *Analectes*, Théraplix, sans date.
- Strachey, J. e colaboradores. (1955). Editors Introduction. *Studies on Hysteria, SE II* (1893-1895), The Hogarth Press and The Institute of Psycho-Analysis.

NOTAS

- ¹ Ver Prado de Oliveira *Le cas Schreber: contributions psychanalytiques de langue anglaise*, Paris, PUF, 1979, e *Freud et Schreber, les sources écrites du délire, entre psychose et culture*, Toulouse, Erès, 1997.
 - ² Outros analistas dividiram a experiência freudiana das psicoses em períodos. Penso em “Névrose obsessionnelle”, trabalho pioneiro do Professor René Laloue, *La psychose selon Freud (ou d'une regard par-dessus le mur)*, Paris, L'Harmattan, 2000. Laloue divide o pensamento de Freud a respeito do tema aqui abordado em cinco partes: entre 1856 e 1886; entre 1887 e 1899; entre 1900 e 1913; entre 1914 e 1927 e, enfim, entre 1928 e 1929. Obedece a critérios diferentes dos meus. A particularidade do trabalho que apresento é de fazê-lo salientando a questão da transferência e o caráter central da experiência com psicóticos.
 - ³ Dossiê do Hospital McLean.
 - ⁴ *Idem*.
 - ⁵ Entrevista do dia 9 de novembro, dossiê do hospital McLean.
 - ⁶ Sérieux e Capgras afirmam que “os interpretadores não inventam fatos completamente imaginários; não se trata de ficções sem fundamento ou de devaneios (*revêrie*) de uma fantasia doente. Eles se contentam com deturpar, travestir, amplificar fatos reais: o seu delírio apoia-se quase exclusivamente sobre dados exatos dos sentidos e da sensibilidade interna”. Portanto, é importante que os profissionais os respeitem e não tentem induzir “autocrítica” alguma.
 - ⁷ *Neurose, psicose e perversão* é simplesmente o título dado por J. Laplanche a sua coletânea de textos de Freud publicados pela PUF.
- ^{NR}As referências bibliográficas foram consultadas em suas respectivas edições francesas. A tradução das citações ao longo do artigo é dos autores.

Recebido em 28 de setembro de 2011

Aceito para publicação em 09 de novembro de 2011