

CARLA GRAZIELLI DE CASTRO CESÁRIO

**O CONCEITO DE RESISTÊNCIA NA OBRA DE FREUD E SUA FUNÇÃO NA
PSICANÁLISE**

São João del-Rei
PPGPSI – UFSJ
2012

CARLA GRAZIELLI DE CASTRO CESÁRIO

**O CONCEITO DE RESISTÊNCIA NA OBRA DE FREUD E SUA FUNÇÃO NA
PSICANÁLISE**

Dissertação apresentada ao Programa de Mestrado em Psicologia da Universidade Federal de São João del-Rei como requisito para obtenção de título de Mestre em Psicologia.

Área de concentração: Psicologia

Linha de Pesquisa: Conceitos Fundamentais e Clínica Psicanalítica: Articulações

Orientador: Prof. Dr. Roberto Pires Calazans Matos

São João del-Rei
PPGPSI – UFSJ
2012



PROGRAMA DE
MESTRADO EM
PSICOLOGIA

A Dissertação, **O Conceito de resistência na obra de Freud e sua função na Psicanálise.**

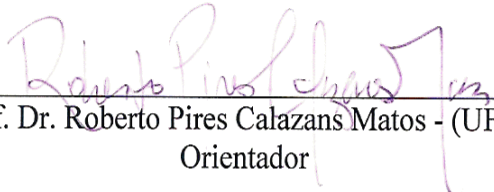
elaborada por **Carla Grazielli de Castro Cesário**

e aprovada por todos os membros da Banca Examinadora, foi aceita pelo Programa de Mestrado em Psicologia da Universidade Federal de São João del-Rei como requisito parcial à obtenção do título de


MESTRE EM PSICOLOGIA

São João del-Rei, 12 de setembro de 2012

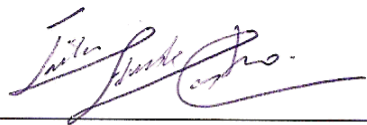
BANCA EXAMINADORA:



Prof. Dr. Roberto Pires Calazans Matos - (UFSJ)
Orientador



Profª. Dra. Bianca Novaes de Mello - (UFF)



Prof. Dr. Julio Eduardo de Castro - (UFSJ)

CESÁRIO, Carla Grazielli de Castro.

O conceito de resistência na obra de Freud e sua função na psicanálise/Carla Grazielli de Castro Cesário. São João del-Rei : UFSJ/PPGPSI, 2012.

Viii/86 fls

Dissertação (Mestrado em Psicologia) –
Universidade Federal de São João del-Rei, Programa de pós-graduação em psicologia, 2012.

Orientador: Roberto Pires Calazans Matos

1. Psicanálise 2. Freud 3. Resistência – Teses

I. Matos, Roberto Pires Calazans (orientador). II. Universidade Federal de São João del-Rei. Programa de pós-graduação em psicologia. III. Título.

Agradecimentos

aos meus pais Maria Luiza Krauss Castro Cesário e José Carlos Cesário pela demonstração de força durante toda minha vida e por apoiarem minhas ideias e lutas;
ao Rafael Vasquez, pelas palavras sinceras e por somar ideias e vontades para
construirmos, juntos, novos caminhos;
ao Roberto Calazans, por acreditar no meu trabalho e persistir na orientação atenciosa;
ao Júlio de Castro, pelo primeiro incentivo à pesquisa;
ao Luiz Petrocelli, por ser sempre meu irmão;
à Silvia Rocha, pela amizade, resistente ao tempo e à distância;
à Daniella Londe, pelo café da tarde e ideias criativas;
à Silvia Moriconi, Bárbara Landau e Karina Ponciano por todos os sentimentos e
preocupações que foram e ainda são compartilhados;
ao Sávio Theodoro, por esclarecer e trazer dúvidas sobre o trabalho psicanalítico;
ao Hugo Valente, por dividir não apenas uma sala, mas situações e palavras de força;
à Bárbara Guatimosim, Nestor Vaz, Nádia Figueiredo, Isabel Azzi, Áurea Porto,
Cláudia Pedrosa, Cleonice Mourão, Junia Cardoso, por me receberem tão bem para
acomunidade e por transmitirem experiência e dedicação ao trabalho;
ao João Gualberto, por cigarros e cafés compartilhados;
a todos que me abrigaram de improviso nos finais de semana em Belo Horizonte;
aos amigos do NUPEP, pelos grupos de estudo e por entenderem que a verdade não é
filha da simpatia;
ao Programa de Pós-graduação em Psicologia da UFSJ pelo apoio institucional;
ao REUNI pelo apoio financeiro.

RESUMO

Esta dissertação tem por objetivo demonstrar as formas como a resistência pode se apresentar em um tratamento psicanalítico, de acordo com Sigmund Freud: resistência transferencial, do ganho da doença e das instâncias psíquicas Eu, Isso e Supereu. Apesar de suas diferentes manifestações, o conceito de resistência é sempre considerado como um obstáculo no tratamento psicanalítico, identificado pelo jogo de forças entre os representantes pulsionais no aparelho psíquico. Mesmo sendo um obstáculo, sua manifestação durante o tratamento clínico é importante por indicar ao analista que o tratamento psicanalítico está indo na direção da representação recalcada a partir das formações sintomáticas, que são o resultado do recalçamento. Dessa forma, concluímos que a resistência é um conceito paradoxal, pois, mesmo sendo um obstáculo, é positiva para a clínica, pois indica a direção do tratamento. Além disso, o obstáculo da resistência, que impedia o tratamento de alguns pacientes, possibilitou que Freud mudasse de estratégia de ação na clínica, o que, conseqüentemente, mudou a teoria que fundamentava sua ação, como na mudança da primeira para a segunda tópica. A resistência não se configura como um retorno do recalcado mesmo sendo usada para defender o núcleo patológico. Por esse motivo, exige que seu enfrentamento seja de maneira diferente. A interpretação e a construção não são armas possíveis no embate contra as resistências, mas, sim, a elaboração do sujeito. Isto é, frente às resistências o posicionamento do sujeito deve mudar, de modo que ele não recorra nem ao analista nem a outra pessoa uma resposta para suas questões e conflitos e sem apelar ao sintoma e à angústia.

Palavras-chave: Psicanálise, Freud, Resistência.

ABSTRACT

This thesis aims to demonstrate the ways in which resistance can be presented in psychoanalytic treatment, according to Sigmund Freud: transference resistance, the illness gain and psychic instances Ego, It and Superego. Despite its different manifestations, the concept of resistance is always considered as an obstacle in psychoanalytic treatment, identified by forces between the psychical drives representatives in the psychic apparatus. Even being an obstacle, its manifestation during clinical treatment is important for the analyst to indicate that psychoanalytic treatment is going in the direction of the repressed representation and the symptomatic formations, which are results of repression. In conclusion, resistance is a paradoxical concept, even if an obstacle is positive for psychoanalysis, because it indicates the direction of the treatment. The resistance obstacle, which prevented the treatment of some patients, enabled Freud to change his action strategy in clinic, which consequently changed the theory that supported their action as the change from the first to the second topic. The resistance is not configured as a return of the repressed and it is used to defend the pathological core. For this reason, it requires to be faced in a different way. The interpretation and construction are not possible weapons against the resistance, but rather the development of the subject. Therefore, in the face of resistance the positioning of the subject should change, so that it does not use neither the analyst nor the other person an answer to your questions and conflicts and without appealing to the symptom and anxiety.

Keywords: psychoanalysis, Freud's, Resistance.

SUMÁRIO

INTRODUÇÃO	1
CAPÍTULO 1	
RESISTÊNCIA E TRANSFERÊNCIA	
A) Introdução.....	8
B) O conceito de resistência na história do movimento psicanalítico.....	10
C) Transferência, repetição e resistência.....	18
D) Implicações do conceito de resistência na clínica.....	26
CAPÍTULO 2	
RESISTÊNCIAS DAS INSTÂNCIAS PSÍQUICAS	
A) Introdução.....	28
B) A primeira tópica freudiana.....	30
C) Eu, Isso e o Supereu também.....	39
D) Implicações do conceito de inconsciente na clínica.....	47
CAPÍTULO 3	
RESISTÊNCIA E O SINTOMA	
A) Introdução.....	52
B) Análise terminável e interminável	55
C) Os indeterminantes do tratamento psicanalítico	61
D) A resistência como obstáculo para a psicanálise	69
CONCLUSÃO	77
REFERÊNCIAS.....	84

INTRODUÇÃO

Esta dissertação pretende buscar na obra de Sigmund Freud as referências importantes para a construção do conceito de resistência. Buscaremos demonstrar como foi feita essa construção no decorrer do trabalho de Freud. No início de sua obra, a resistência era um mero termo usado na descrição de um mecanismo de defesa, denotando diferenças de energia no aparelho psíquico. No entanto, no decorrer do tempo, a resistência adquiriu diversas aproximações com outros conceitos importantes na construção da rede de argumentos que fundamenta a psicanálise. Temos como principal objetivo destacar o lugar da resistência na teorização da psicanálise como campo inaugurado por Sigmund Freud, principalmente por sua aproximação com aqueles conceitos considerados fundamentais, como por exemplo, a transferência e recalque, mesmo ele não sendo um desses conceitos. Para Lacan (1964/2008), os conceitos fundamentais da psicanálise são repetição, inconsciente, pulsão e transferência.

O termo resistência é usado inicialmente por Freud para demarcar uma separação no aparelho psíquico, que indica um funcionamento diferenciado entre neurônios. Em *Projeto para uma psicologia científica* (1950[1895]/1996), Freud diferenciou os neurônios do sistema nervoso por meio de barreiras de contato que apresentavam resistências à transmissão de um *quantum* de energia entre elas. Apesar dessa primeira aparição do termo resistência, não nos deteremos nas considerações dessa época, pois consideramos mais relevante para nossa pesquisa a discussão de um aparato psíquico que possui seu funcionamento baseado nos três aspectos da metapsicologia freudiana: descritivo, topológico e dinâmico.

O conceito de resistência faz sua aparição mais relevante ao ser apresentado por Freud como a marca de um obstáculo ao tratamento psicanalítico. O tratamento em psicanálise possui como única regra a associação livre de ideias. Portanto, quando essa associação torna-se impedida de alguma forma, seria resultado da resistência. Ao invés de dizermos que o paciente está resistindo, dizemos que a resistência está atuando, pois existem pelo menos cinco formas da resistência na análise (Freud, 1926[1925]/1996). Nesse sentido, dizer que a resistência é o que impede o tratamento analítico é pouco. Por isso, percorreremos a obra de Freud de modo a buscar e diferenciar essas

resistências: da transferência, do ganho da doença e das instâncias psíquicas Eu, Supereu e Isso.

Optamos por não fazer a reconstrução do conceito de resistência por sua descrição conforme apresentado por cada sujeito e de modo singular no decorrer do tratamento. Para não fazermos uma descrição meramente fenomênica da resistência, situaremos nesta dissertação, primeiramente, como a regra da associação livre de ideias tornou-se fundamental e norteadora da clínica psicanalítica e, depois, a resistência como o conceito que marca um obstáculo a essa clínica e aos princípios do tratamento psicanalítico.

Freud iniciou seu trabalho na clínica pela proposta de tratamento das doenças dos nervos, forma como eram chamadas as manifestações patológicas que não apresentavam nenhuma correspondência biológica. Ele passou a tratá-las como doenças psíquicas, formulando modelos de funcionamento psíquico sem recorrer à biologia, no intuito de explicar seu mau funcionamento, suas doenças e suas causas. A hipnose foi um dos primeiros métodos usados nas investigações dessas manifestações clínicas, mas, no entanto, teve de ser abandonada em decorrência da resistência e foi substituída pela associação livre.

Freud (1912a/1996), em *Recomendações aos médicos que exercem a psicanálise*, apresentou a associação livre como a regra fundamental do trabalho que ficaria a cargo do paciente e chamou de atenção flutuante a contrapartida do analista à associação livre. A atenção flutuante seria uma premissa ao analista para auxiliar a associação livre do sujeito, fazendo com que este não se utilize das resistências para impedir o desenrolar do tratamento. Freud destacou nesse texto que o tratamento consistia em fazer o sujeito prosseguir com a associação de ideias. A regra da associação livre constitui-se como um pedido para que o sujeito fale sem pré-julgamento de seus pensamentos no decorrer da sessão de tratamento. Com isso, nenhuma seleção de ideias deveria ser feita a priori como material de análise. Dessa forma, tanto analista quanto analisando estariam avisados sobre essa exigência da associação livre, constituída como a única regra do tratamento, a qual convoca uma fala endereçada ao analista.

Se tivermos a regra fundamental da análise, temos também que ela é sustentada pela instalação do dispositivo da transferência. Em *A dinâmica da transferência*, Freud (1912b/1996) nos mostrou que a transferência pode ser, ao mesmo tempo, obstáculo – que ele chamou de resistência transferencial – e condição para a análise. Ou seja, por

um lado, esse laço é o que oferece condição para um tratamento psicanalítico e, pelo mesmo motivo, o que pode impedir o tratamento de ocorrer. A transferência é a atualização de uma satisfação sexual infantil, diferenciada entre transferência positiva e transferência negativa. Freud afirmou que qualquer laço de amor é marcado pela repetição de satisfações sexuais infantis. Porém, nesse mesmo texto, ele não deixou de apresentar como podemos diferenciar o amor de transferência daquele amor apresentado fora da análise.

Apresentaremos, portanto, o paradoxo da transferência, em que justamente, em decorrência da atualização do laço sexual infantil, o trabalho clínico pode ser alcançado, mas, também, pode ser impedido. Inicialmente, a distinção entre transferência negativa e positiva não é importante para nossa investigação, pois a ambivalência emocional indica que o ódio e o amor participam concomitantemente do mesmo laço da inibição. Ou seja, a satisfação pulsional pela ambivalência ocorre por meio de um laço inibido. A inibição é uma restrição de energia com finalidade de evitar a satisfação sexual direta, a qual acarretaria em conflito pulsional ou angústia. Em sua vertente de obstáculo, chamada de resistência transferencial, temos a atualização de um laço e a repetição de uma disposição erótica infantil recalcada e sintomática.

Ainda em *A dinâmica da transferência*, Freud (1912b/1996) afirmou que o laço de amor como resistência, um obstáculo para o tratamento, não é a única formulação que pode ser dada à transferência. O laço transferencial como resistência, apesar de configurar-se como um obstáculo, também marca o caminho necessário a ser percorrido pelo tratamento psicanalítico. Ao localizarmos uma repetição da vida erótica no dispositivo clínico, temos que essa insistência impede a associação livre de ideias, pois o sujeito antecipa uma mesma atitude para com o analista e paralisa suas associações. A resistência transferencial inclui o analista na compulsão à repetição da vida erótica do sujeito e, assim, possibilita que um trabalho seja realizado.

Podemos afirmar que a resistência, enquanto vinculada à transferência, indica que o tratamento está no caminho certo, pois fornece subsídios para a interpretação e para a construção em análise. A transferência, condição de análise, revela-se como resistência, e o analista utiliza-a como caminho para sua interpretação e construção. Ou seja, o que está servindo de obstáculo, por ser uma defesa erguida para o sujeito defender seu sintoma, formado em decorrência do recalque, torna-se um indicador do material recalcado para a intervenção do analista por meio da transferência.

Freud destacou, em *Recordar, repetir e elaborar* (1914b/1996), que o trabalho clínico não deve se pautar apenas na cura dos sintomas apresentados pelo sujeito, pois o tratamento tem a marca da transferência e, conseqüentemente, carrega traços do amor e de suas exigências. A composição dos conceitos de resistência e de transferência formaliza um obstáculo às associações endereçadas ao analista e que foram retidas no inconsciente do sujeito. No entanto, nesse texto, Freud afirmou que a resistência, como expressão de uma repetição da disposição sexual, não se situa somente pela fala, ela é endereçada ao analista como atuação (*acting-out*).

A resistência usa a transferência para obter satisfação das pulsões recalçadas pela via da repetição de associações, lembranças do passado do sujeito ou de sua infância e pela repetição de atos, todos endereçados ao analista. Freud afirmou que essa repetição, baseada no amor de Eros, manifestada em forma de resistência, exigiria, no decorrer das sessões, árduo trabalho do sujeito e seria uma prova de paciência ao psicanalista. Ele advertiu que é o sujeito quem se coloca em trabalho de elaboração, buscando algo além da repetição. Portanto, continuaremos a reconstrução do conceito de resistência mostrando sua formação pela compulsão à repetição e mediante os diversos derivados do recalçado. Porém o trabalho clínico não tem como intuito eliminar a resistência, e sim suspendê-las. Ele deve ser realizado apesar dela, pois podemos considerar a resistência um importante marcador no tratamento.

Freud situou o conceito de resistência a partir de um obstáculo à cura e ao restabelecimento dos pacientes. No entanto, podemos perceber que foram justamente seus casos fracassados que provocaram uma mudança na teoria psicanalítica. Ou seja: em decorrência da resistência, Freud e outros psicanalistas foram forçados a mudar sua estratégia de ação na clínica, para que alguma mudança pudesse ser situada no tratamento desses pacientes. Os pacientes de Freud que, segundo ele, estavam sob resistência, foram casos sobre os quais se deteve, estudando-os e buscando um aprimoramento do trabalho clínico ao estabelecer um saber que pudesse ser transmitido a outros profissionais da clínica e a interessados em exercer a psicanálise.

Apesar das dificuldades enfrentadas por Freud por causa da resistência, ele não permitiu que a psicanálise se tornasse inviável frente aos desafios. Conseqüentemente, esses estudos sobre as dificuldades enfrentadas na direção do tratamento de seus pacientes forçaram uma mudança na concepção teórica da psicanálise sobre as neuroses e sobre o tratamento. Essas mudanças teóricas eram necessárias ao trabalho clínico e implicavam também mudanças no modo de conduzir o tratamento. Dentre estas,

detalharemos as considerações sobre a primeira tópica e o modo como Freud dividiu o aparelho psíquico entre consciente, pré-consciente e inconsciente, pois, esse tipo de demarcação do aparelho dava conta de explicar os estados hipnoides, os sintomas e os sonhos.

O funcionamento do aparelho psíquico é baseado no *princípio de prazer* que visa a descarga de energia, ou seja, o acúmulo de energia nos representantes que não podem obter satisfação é percebido como desprazer. No entanto, algumas manifestações clínicas indicavam que a liberação de energia como consequência da satisfação pulsional poderia gerar desprazer ao invés de prazer. Como exemplo, temos os pacientes que apresentavam neuroses de guerra e sonhos traumáticos que apresentavam uma satisfação repetitiva pelo desprazer. Dessa forma, a concepção sobre o aparelho psíquico e seu funcionamento teve que ser modificada, já que, nesses casos, havia uma insistência de representantes ligados ao sofrimento como via para satisfação pulsional.

Esses casos foram relevantes para Freud fazer a reestruturação do modo de funcionamento do aparelho psíquico, o qual passou de inconsciente, consciente e pré-consciente para Eu, Isso e Supereu. A resistência, nesse momento, pôde ser localizada nesses casos em que o sintoma persistia como uma insistência do desprazer. Isso indicava a liberação de energia através de representantes ligados ao sofrimento e ao desprazer, o que aparentemente contrapunha o princípio de prazer. Com esses casos que apresentavam uma insistência sintomática pela repetição do desprazer, Freud percebeu que havia uma forma de resistência além do princípio de prazer.

Nesse sentido, as divergências teóricas sobre a melhor forma de conduzir um tratamento eram muitas, pois os psicanalistas diferem quanto à forma de trabalhar que leva ao restabelecimento um paciente. A oposição feita por médicos e outros profissionais contra a psicanálise foi discutida por Freud em seu texto *Uma dificuldade no caminho da psicanálise* (1917/1996). Ao buscarmos outras referências sobre a psicanálise e o conceito de resistência no intuito de enriquecer a discussão sobre seu papel na direção do tratamento e na formalização de uma teoria sobre a clínica, encontramos artigos, como os de Guerreiro (2003) e de Pinto (2001), que discutem o conceito de resistência a partir da teoria psicanalítica. Lopes (1992) afirma que Freud era quem estava sob resistência no fim de seu tratamento com Dora. Esse artigo ressalta que Freud teria se equivocado no decorrer do tratamento por não ter interpretado o sonho de sua paciente endereçado a ele. A autora afirma que Dora não ouviu a pergunta sobre seu desejo e a posição do feminino. No entanto, nem mesmo Freud a ouviu, pois

essa pergunta não estava formulada. Com isso, podemos perceber em Freud o início de uma discussão desenvolvida por Lacan (1953/1998) sobre a resistência apresentada pelos analistas.

Desse modo, nosso objetivo é destacar, no primeiro capítulo, as configurações do conceito de resistência como obstáculo ao tratamento por meio de seu vínculo com o conceito de transferência, de forma a situar a importância do trabalho psicanalítico exigido tanto ao analisando quanto ao analista pela configuração da resistência transferencial. Desse modo, a investigação da resistência, ao ser abordada pela perspectiva da clínica, faz ressoar o trabalho daquele profissional que propõe um tratamento ao sujeito, sendo que este deve ser estabelecido a partir de princípios éticos. A preocupação de Freud em traçar estudos de casos e em usar exemplos de atendimentos para trabalhar uma teoria nos remete à importância da articulação entre teoria e prática quando consideramos o trabalho psicanalítico, destacando, aí, o trabalho pela interpretação que é exigido ao analista.

No segundo capítulo, mostraremos como a resistência serviu para que mais mudanças pudessem ser feitas, como nas estratégias de ação na clínica e na concepção teórica decorrentes delas. A mudança da primeira para a segunda tópica foi de extrema importância, pois possibilitou a explicação de manifestações como os sonhos traumáticos e os sentimentos de culpa. Não é qualquer dificuldade que faria Freud alterar sua concepção do aparelho psíquico e seu funcionamento. Sua obra é repleta de discussões e análises de suas conclusões teóricas vindas dos atendimentos. Mostraremos como as indicações sobre os dois princípios de funcionamento mentais e as instâncias psíquicas possibilitaram maior entendimento das construções psíquicas e das intervenções que visavam uma direção do tratamento.

No terceiro capítulo da dissertação, mostraremos como Freud formalizou o tratamento, ou seja, aquilo que considerou relevante para um tratamento ser conduzido. Em seguida, localizaremos a resistência no tratamento, isto é, identificaremos os obstáculos que impedem esse processo, conforme postulado por Freud e pela psicanálise. Além disso, apresentaremos que o tratamento possui alguns pontos de indeterminação que não se configuram como resistência, ou seja, momentos no decorrer do tratamento em que o analista não pode estabelecer um saber em relação ao que ocorreu na clínica.

Para esta discussão, apresentaremos autores como Quinet (1991), em seu *livro As quatro mais uma condições da Análise*, e Soler (1995), em *As variáveis do fim de*

análise, nos quais mostram que alguns conceitos da psicanálise não operam como regras ao tratamento, mas que são importantes considerações para o manejo do tratamento que deve ficar aberto ao surgimento do singular. Assim, faremos a distinção entre resistência ao tratamento e os indeterminantes desse tratamento que operam a partir da lógica do inconsciente. Para concluir, mostraremos como o conceito de resistência pode ser localizado como obstáculo na clínica. Mas, ao localizarmos esse impedimento, estamos identificando o ponto de satisfação da pulsão em cada caso para o sujeito.

CAPÍTULO I

O CONCEITO DE RESISTÊNCIA NA CLÍNICA DE FREUD

A) Introdução

Neste capítulo, mostraremos o conceito de resistência abordado pela perspectiva do tratamento analítico. Faremos, primeiramente, um breve apanhado histórico na obra de Freud, para situar o conceito de resistência nos momentos em que a continuação dos atendimentos exigiu da psicanálise, como teoria elaborada a partir da clínica, rupturas em sua rede lógica de argumentos. As considerações de Freud sobre a resistência apresentada por seus pacientes são modos de marcar os obstáculos que se impuseram à continuidade do tratamento clínico. Destacaremos que, para Freud, esse obstáculo pode ser erguido pelo sujeito em análise ou pela teoria psicanalítica. No entanto, apesar dessa diferença, a resistência estaria sempre a serviço da manutenção do sintoma. Mostraremos algumas dificuldades encontradas por Freud na condução dos tratamentos na clínica e que exigiram uma modificação na rede de argumentos da psicanálise imposta pelos tratamentos. Situiremos alguns exemplos dessas mudanças até chegarmos ao ponto em que Freud estabeleceu a regra fundamental da psicanálise: a associação livre de ideias. Dessa maneira, tanto o analista como o sujeito estariam implicados, em função da fala, na lógica do tratamento e do trabalho psicanalítico.

O conceito de resistência também está referenciado ao contexto clínico juntamente ao conceito de transferência. No texto *A dinâmica da transferência* (Freud, 1912b/1996), há a descrição de um obstáculo ao tratamento manifestado pela via da transferência chamado de *resistência transferencial*. Na situação clínica identificada aí, estão presentes tanto a lógica da transferência como a da resistência. Sabemos que a transferência é a possibilidade de que o tratamento ocorra, pela repetição dos traços sexuais infantis recalcados, atuantes na formação do sintoma. Portanto, o tratamento é possibilitado graças a essa repetição na transferência, a qual atualiza um conflito pulsional presente na formação do sintoma, mas, ainda é obstáculo ao tratamento em decorrência das defesas erguidas pelo sujeito para manter essa posição de satisfação. A resistência usa os atributos componentes da vida erótica para defender e manter o estado sintomático ao invés de possibilitar uma mudança no modo de satisfação sexual.

Freud afirmou que a disposição sexual infantil está presente em qualquer relação amorosa ou afetiva do sujeito. No entanto, a satisfação dos laços pulsionais antigos e patológicos, assumidos na infância, pode ser abordada na experiência clínica de forma

diferente de qualquer outra relação, pois a resistência transferencial permite ao analista situar-se a partir da lógica da transferência e, assim, operar o tratamento pelo *manejo da transferência*. Na lógica transferencial, a resistência pode apresentar-se como impedimento da regra fundamental do tratamento: a associação livre de ideias.

Destacaremos, a partir dos textos de Freud, que a resistência, apesar de configurar-se como obstáculo ao tratamento, ao exagerar os traços da transferência e impedir a associação, nesse mesmo movimento, fornece indícios sobre o caminho a ser percorrido pela análise em direção à formação do recalco. Mesmo em forma de obstáculo, mostraremos que, para Freud (1912b/1996), a resistência, como exacerbação dos traços da transferência, é o que possibilita que o analista saiba que o tratamento está em seu caminho.

Encontramos, no texto *Recordar, repetir e elaborar* (Freud, 1914b/1996), referências ao conceito de resistência como obstáculo à recordação das lembranças infantis e, também, menção à repetição de atos do sujeito endereçados ao analista (*acting out*). No entanto, nesse texto, Freud destacou que o trabalho psicanalítico deveria continuar apesar dessa compulsão à repetição que impedia o tratamento. Esse obstáculo pode se impor tanto pela via da paralisação das associações do sujeito como na ocorrência de *acting out*. Apesar de a resistência ser um impedimento do trabalho analítico através de diversas formas, como o impedimento da associação, repetição do sintoma e atos endereçados e esgotamento da interpretação e da construção, a elaboração por parte do sujeito é visado no tratamento de modo que este não demande do analista uma resposta.

A transferência inclui a predisposição da satisfação erótica, porém, além disso, suscita um efeito no analista: a contratransferência. O manejo da transferência é uma forma de conduzir o tratamento, mas que inclui traços inconscientes que deixam nebulosas as vias pelas quais esse tratamento foi estabelecido. O sucesso da interpretação não pode ser prevista, mas o sujeito fornece rastros das formações inconscientes através da repetição. A resistência também fornece caminhos para o trabalho psicanalítico em forma de obstáculos. Mostraremos, neste primeiro capítulo, a face da resistência que compete ao sujeito, apresentada pela transferência, ao situarmos a resistência junto à condição de análise. Discutiremos de que modo a resistência auxiliou Freud em mudanças importantes para o trabalho clínico, como a postulação da associação livre de ideias, e como o dispositivo da transferência inclui a resistência em

sua formação e indica a possibilidade de trabalho analítico por localizar seu impedimento.

B) O conceito de resistência na história do movimento psicanalítico

Freud (1893[1895]/1996), em *Estudos sobre a histeria*, livro escrito em parceria com Josef Breuer, apresentou considerações a respeito do mecanismo psíquico do fenômeno histérico a partir de alguns atendimentos realizados por ambos. Os autores analisaram esses atendimentos e buscaram situar a causa desencadeadora dos sintomas de seus pacientes. A consideração principal sobre a causa dos sintomas era de modo a situá-la a partir de um estado em que a pessoa não podia reagir adequadamente: os estados hipnoides. Além da preocupação com a causa dos sintomas históricos, Freud e Breuer apresentavam o modo como o tratamento deveria ser feito nesses casos de histeria. No princípio, eles chegaram a utilizar a fisioterapia e a eletroterapia como formas de tratamento dos sintomas, porém com resultados insatisfatórios.

No trabalho de Breuer com pacientes históricas eram usadas diferentes técnicas, assim como Freud também as utilizou, como as massagens e a hidroterapia. Com o decorrer de seus atendimentos, algumas técnicas foram abandonadas e outras passaram a ser mais usadas, sendo que há um destaque de Freud para o trabalho clínico com uso da *hipnose* no início de elaboração da psicanálise. A hipnose foi apresentada a Freud por Breuer em torno de 1880. A partir daí, ele se familiarizou cada vez mais com essa técnica. Freud também estudou hipnose e *sugestão* no Hospital de Salpêtrière, onde havia participado de aulas ministradas por Jean-Marie Charcot em 1885. As manifestações históricas e de seus sintomas foram analisadas por Charcot como manifestações de estados hipnóticos. Ainda nesse sentido, Freud localizou, tanto no decorrer do texto como também no prefácio da segunda edição, mudanças na maneira como ele e Breuer investigaram a suposta causa dos sintomas históricos.

O trabalho realizado com as históricas pela perspectiva da hipnose era feito no sentido de conduzir o paciente à sugestão hipnótica, sendo que nesses estados de hipnose os pacientes passavam a ter alguns resultados clínicos, como mudanças no estado de adoecimento e desaparecimento do sintoma. Esses estados se referiam a momentos em que o paciente não tinha consciência sobre o que estava acontecendo com ele, sendo que Charcot apresentou casos em que uma paciente com paralisia na perna, por exemplo, voltava a movê-la quando estava hipnotizada. Ao voltar a seu estado normal, isto é, fora da hipnose, ela não se recordava do que havia ocorrido. Por

insistência de Freud após estudar em Salpêtrière, Breuer retomou seu *método catártico*, que havia desenvolvido anteriormente. Freud acrescentou que o estado de hipnose facilitaria a utilização desse método catártico. A catarse consistia na liberação de energia acumulada por causa do suposto trauma. Tal liberação de energia ou de afetos acumulados no momento do trauma era provocada pela lembrança, por parte do paciente, da situação traumática, sendo que a hipnose ajudava o sujeito a se recordar do trauma. Com isso, a energia acumulada era liberada e o sintoma daí decorrente desapareceria.

Além disso, Freud também teve contato com os estudos de Liébeault e Bernhein sobre sugestão e hipnose profunda em 1889. As investigações sobre a histeria e sobre a neurose, realizadas por outros profissionais entre 1893 e 1895, coincidiam com as de Freud e Breuer ao considerarem que a manifestação sintomática tinha seu início em uma situação de conflito. Esse conflito ou trauma, desencadeador da doença, tinha que ser trazido para discussão em análise, a fim de ser trabalhado, discutido com o paciente. As considerações de Freud, nesse momento de início de seu trabalho, situam o sintoma histérico por conceitos como conversão, trauma e catarse e afirmam que:

O fundamental era o fato de que os sintomas de pacientes histéricos baseiam-se em cenas do seu passado que lhes causaram grande impressão, mas foram esquecidas (traumas); a terapêutica, nisto apoiada, que consistia em fazê-los lembrar e reproduzir essas experiências num estado de hipnose (catarse); e o fragmento de teoria nisto inferido, segundo o qual esses sintomas representavam um emprego anormal de doses de excitação que não haviam sido descarregadas (conversão) (Freud, 1914a/1996, p. 19).

Entre outros exemplos das técnicas usadas por Freud na clínica, podemos situar o uso da *pressão na testa*, método que foi utilizado no final do século XIX como uma tentativa de suscitar os pensamentos e as lembranças desconhecidas aos pacientes e que possuíam relação com a causa desencadeadora da doença. Freud situou algumas modificações significativas no quadro clínico de seus pacientes quando ele fazia uma leve pressão com seu polegar na testa deles. Isso tinha como principal objetivo fazer com que se revelasse ao paciente algum tipo de lembrança ou recordação em decorrência da pressão. É interessante destacar que o paciente era orientado para falar qualquer coisa que tivesse lembrado logo em seguida a essa pressão, mesmo que considerasse que essa recordação não tivesse relação com o sintoma.

Podemos notar que Freud assumiu o que era importante nos trabalhos de Charcot, Breuer, Liébeault e Bernhein, porém ele deu um passo a mais em função das

dificuldades que encontrava no decorrer de seu trabalho e frente aos casos que lhe chegavam. Ao realizar o trabalho clínico, Freud utilizou técnicas que aprendeu nesses ensinamentos como forma de tratamento aos seus pacientes, ajudando-os, por meio da hipnose ou da pressão na testa, a lembrar algo sobre a situação traumática. Freud afirmou ter utilizado a sugestão como forma de induzir o paciente a se lembrar da situação traumática, fazendo-o recordar esse momento. Em uma comparação entre a sugestão e a hipnose, Freud afirmou que o trabalho pela sugestão tinha restrições e proibições que impediam a investigação clínica e tornavam-se um obstáculo para a pesquisa. Por certo tempo, ele tornou-se adepto e propagador do uso da hipnose na clínica. A sugestão refere-se ao modo como o médico induz o paciente a uma situação, dizendo o que este deveria fazer.

Nesse momento de estudos junto a Breuer (1893[1895]/1996), encontramos o conceito de resistência sendo utilizado justamente nos casos em que a proposta de intervenção clínica, independente de qual fosse, não suscitava nenhum efeito no paciente, para que pudessem investigar o suposto trauma e os pensamentos desconhecidos que estavam envolvidos com o desencadeamento da doença. Nessas primeiras referências à resistência, destacamos que o paciente não reagia ao tratamento conforme esperado, nem mesmo com a utilização de intervenções que tiveram bons resultados clínicos em outras situações. Nas discussões de Freud sobre os diferentes métodos que usou para tratar os pacientes, aqueles que resistiam eram os que apresentavam um efeito inesperado ao objetivo da intervenção, seja esta hipnótica ou da pressão na testa. Aquilo que se esperava para o tratamento era que as lembranças dos pacientes sobre o trauma que desencadeou a doença fossem suscitadas, ou seja, qualquer recordação sobre o suposto trauma deveria ser obtida e o sintoma eliminado. A hipótese de um trauma psíquico sustenta que a recordação dessa situação possibilitaria ao paciente sair do quadro patológico. No entanto, como consequência da resistência, os pacientes continuavam a apresentar seu sintoma, mesmo se submetendo às técnicas de investigação consagradas na clínica. Assim, nenhum efeito no quadro da doença neurótica poderia ser obtido.

Os ensinamentos provenientes da clínica eram diversos. Mas Freud não se restringiu ao trabalho com a técnica da hipnose e às pesquisas com Joseph Breuer sobre a etiologia da histeria e o método catártico. Além da pesquisa técnica e etiológica com a histeria, Freud frequentou cursos do filósofo Franz Brentano, em seus primeiros anos na Universidade de Viena, os quais levantavam discussões sobre a natureza do psíquico.

Não podemos também deixar de citar, como ponto relevante para a construção da teoria psicanalítica, o reconhecimento de Freud às contribuições vindas dos posicionamentos teóricos contrários à psicanálise, pois as discussões contra a psicanálise e a oposição às suas construções foram responsáveis por suscitar debates que levaram ao abandono de alguns métodos e ao aprimoramento do trabalho na clínica. Para Freud, a psicanálise se constituiu a partir de um amplo e franco debate de ideias, principalmente no que concerne à histeria.

As dificuldades apresentadas pelo caso a ser tratado e, por outro lado, as dificuldades em se estabelecer uma forma de investigação da histeria que tivesse resultados clínicos sobre os sintomas exigiram de Freud uma reflexão sobre as ações e propostas para a direção do tratamento. A fim de ser considerada válida, a direção do tratamento da histeria deve ser utilizada por diferentes profissionais, sendo importante que se realize uma elaboração teórica em forma de estudos sobre esses casos. Nesses estudos, no intuito de serem publicados, apresentavam-se como havia sido feita a condução dos tratamentos e as mudanças que o sintoma sofreu. É fundamental destacar que, independente da intervenção proposta na clínica, esta deveria ter sua atenção voltada para a ocorrência de efeitos nos pacientes, sendo que eles deveriam ser suscitados pelas intervenções. Nesse sentido, as mudanças que nós situamos na técnica empregada na clínica foram forçadas pelos próprios pacientes que não reagiam conforme o esperado. Sobre os efeitos no decorrer do tratamento das chamadas doenças nervosas, Freud afirmou que, quando nossas expectativas sobre o trabalho clínico não são atendidas, deveríamos rever essas expectativas.

Vimos ainda que as discussões de Freud em *A história do movimento psicanalítico* (1914b/1996) sobre a resistência podem ser localizadas quando ele se refere aos obstáculos que se impuseram ao trabalho clínico que estava realizando e, ainda, em casos em que ele se viu obrigado a forçar uma mudança na estratégia que era utilizada nos tratamentos. As modificações exigidas pelo tratamento implicaram, conseqüentemente, modificações também no modo como Freud elaborava o princípio de funcionamento psíquico no decorrer de seu trabalho teórico. É importante que nós destaquemos que, nesse momento da produção de Freud, o conceito de resistência como obstáculo a qualquer mudança do estado patológico do sujeito refere-se ora ao paciente, ora à proposta clínica feita pelo próprio Freud, ambos servindo como forma de manutenção do sintoma. O conceito de resistência implica não apenas a defesa do sintoma formada no decorrer de sua vida e durante o tratamento. No ponto em que

Freud afirmou que a resistência impede o tratamento, percebemos ressoarem os princípios que envolvem os avanços na construção da teoria psicanalítica.

A dificuldade com os casos de histeria era grande, principalmente porque eles impunham problemas à própria teorização e para a clínica da medicina e da psiquiatria da época. Como vimos, encontramos, em *A história do movimento psicanalítico* (Freud, 1914a/1996), a consideração de que em certo momento Freud estabeleceu a sugestão e a hipnose como formas de tratamento para os sintomas, os quais eram apresentados não mais pela perspectiva de uma etiologia biológica. Ao contrário, era estabelecida uma causalidade psíquica para o estado patológico dos pacientes que sofriam de afecções nervosas. Não podemos deixar de notar que essa afirmação é consequência dos cursos que Freud fez com Franz Brentano, mesmo que este reduza a natureza do psíquico à ideia de consciência e de compreensão.

No percurso de elaboração da psicanálise, podemos situar mudanças ocorridas na teoria elaborada do trabalho e dos resultados na clínica. Localizamos, portanto, em textos de Freud (1912a/1912b/1914a/1914b/1915[1914]/1917[1996]), que a resistência era apresentada justo nos casos em que o paciente não respondia ao tratamento, ou seja, os pacientes resistiam e Freud não podia situar qualquer mudança na condição de doença apresentada pelo paciente. Freud se dedicava ao estudo e detalhamento de uma teoria que fornecesse subsídios para discutir a clínica e, assim, dar uma direção aos tratamentos. A investigação dos pensamentos desconhecidos ao sujeito e ligados ao trauma desencadeador do sintoma já era considerada importante para formulações sobre a etiologia das neuroses. Percebemos que a investigação dos pensamentos desconhecidos ligados ao surgimento do sintoma também foi feita a partir de diferentes perspectivas teóricas e de explicação, sendo que, a partir de 1890, eles ficaram conhecidos como fenômenos inconscientes.

A natureza psíquica dos sintomas foi considerada por Freud de modo a valer-se dessa consideração durante o uso da hipnose como tratamento para a histeria. A fim de fazer surgirem os pensamentos desconhecidos ao paciente e que estariam relacionados ao desencadeamento da doença, Freud hipnotizava seus pacientes para que, por meio da sugestão, eles se lembrassem do trauma. Essa forma de tratamento pela hipnose foi considerada, por um momento, satisfatória na clínica, pois era possível curar aqueles sintomas que tinham a causa psíquica, e não um fator orgânico que pudesse localizar a doença no aparato anatômico. No entanto, como afirmamos, os efeitos terapêuticos causados pela hipnose não se mantiveram dentro dos resultados esperados, pois os

pacientes passaram a manter o quadro de sintomas. Nesse sentido, as estratégias clínicas não tinham mais os efeitos esperados, e a teoria que justificava o uso da hipnose, concomitantemente, deixou de ter seus efeitos explicativos. Freud, ao estabelecer como estratégia ou técnica para o tratamento clínico a hipnose, no intuito de chegar à causa do sintoma de seus pacientes, encontrou ainda a impossibilidade de hipnotizar todos seus pacientes. Um tratamento não-generalizável é um tratamento limitado. Mas, além disso, a resistência como dificuldade imposta pela hipnose ao tratamento se referia também ao fato de que a atenção do paciente era dirigida para que alcançasse o estado hipnótico, a partir de uma espécie de sugestão, sendo que nesse direcionamento o paciente poderia se desviar do verdadeiro núcleo patológico. Podemos ver nessas preocupações a matriz do que Freud, posteriormente, chamou de resistência.

Ao afirmar que nessas situações de sugestão e hipnose há a manifestação não somente de uma incapacidade de dar uma resposta adequada devido ao estado hipnoide, mas de uma lógica própria que era não-conscencial, Freud estabelece as coordenadas lógicas para forjar o conceito de *inconsciente* no intuito de tecer interpretações específicas para esses pensamentos cifrados, evidenciados na sugestão e na hipnose. O conceito de inconsciente, por sua vez, foi primeiramente construído por uma diferenciação com os pensamentos conscientes. Antes de considerarmos as mudanças que a noção de *causa* dos sintomas teve para a psicanálise, percebemos que a doença era de natureza psíquica, ou seja, em torno de 1895, a doença estava vinculada aos processos mentais e sua etiologia era inconsciente, relacionada a uma sedução sexual na infância, que teria sido traumática (Freud, 1914a/1996). Apesar da tentativa de cura pela hipnose, os pacientes resistiam ao tratamento, mantendo sua doença. Freud percebeu que os efeitos obtidos pelo estado hipnótico eram limitados, isto é, os sintomas de seus pacientes nem sempre eram eliminados definitivamente.

Ao voltar-se para os estudos clínicos que buscavam especificar um tratamento mediante a elaboração da teoria psicanalítica fundada pelo conceito de inconsciente, ele estabeleceu estratégias de ação na clínica para suscitar alguns pensamentos inconscientes, que, por uma lógica de oposição, se contrapunham aos pensamentos aceitos e reconhecidos conscientemente. Os atendimentos clínicos não foram, portanto, a única forma que Freud encontrou para trabalhar, já que encontramos inúmeros textos em que analisa seus atendimentos, propondo reformulações na forma de conduzir os tratamentos e tecendo construções teóricas para justificar seu trabalho e transmitir seu conhecimento sobre a clínica. Ao considerar que haveria um trauma psíquico como

causa do sintoma, as estratégias clínicas de Freud usavam a hipnose para fazer o paciente se recordar desse trauma e o método catártico para que a energia retida que havia provocado o trauma pudesse ser liberada. Conforme dissemos, nesse momento de fundação da teoria, nos primeiros anos do século XX, conforme relata Freud (1914a/1996) em *A história do movimento psicanalítico*, considera-se que a ab-reação foi a técnica usada para liberar a energia que teria ficado acumulada no momento do suposto trauma psíquico. Ao se recordar dessa situação traumática, o paciente ab-reagia o afeto, chamado de energia, que havia sido retido no momento do trauma. Assim, ao ter liberado esse afeto, durante a sessão clínica, o paciente ficava curado do sintoma, conforme ocorreu por muitas vezes. No entanto, essa estratégia de ação também foi deixada de lado em decorrência de que os sintomas insistentemente voltavam a aparecer.

A teoria da sedução, que afirma ser a sedução traumática de uma criança por um adulto a responsável pela geração do estado patológico, mostrou-se incoerente. Freud notou isso ao perceber que em muitos de seus pacientes havia um trabalho de produção de lembranças de uma atividade sexual infantil que nunca tinha sido vivida pelo paciente. Ignorar essa dimensão de deturpação das lembranças infantis era facilitar o trabalho de resistência dos sujeitos em tratamento. Como consequência disso, Freud tentou estabelecer outra forma de se abordarem a causa do sintoma e o trauma psíquico. As lembranças faziam parte da fantasia de seus pacientes, o que fez Freud perceber um limite quanto à possibilidade de rememoração da então suposta sedução traumática; mas vale ressaltar que essas lembranças não se tornam menos importantes para Freud, mesmo que fazendo parte da fantasia. A mudança exigida se refere ao fato de que o tratamento deixava de buscar a situação de sedução desencadeante de um trauma, pois ela nem sempre existiu para os pacientes.

A investigação do sintoma adquiriu novos rumos na clínica de Freud desde que ele considerou que a causa do sintoma não se localizava exclusivamente em um trauma. As mudanças na investigação da causa do sintoma foram conduzindo Freud para a postulação da associação livre de ideias, pois ele deixou de investigar seus pacientes no intuito de descobrir o núcleo patogênico e deixava que o paciente o conduzisse por meio de um desenrolar de falas que não era orientado por nenhuma intenção seletiva. A paciente Emmy Von N. disse a Freud para não interrompê-la sobre o que ela falava, mas que deixasse que ela falasse. Ao invés de buscar um trauma específico ou investigar

temas pontuais da vida do sujeito através da hipnose, Freud passou gradativamente a se deixar levar pelas lembranças dos pacientes através de suas falas não orientadas.

Apresentamos, portanto, que as estratégias que Freud utilizou para tratar seus pacientes tiveram mudanças no decorrer de seu trabalho: utilização da hipnose junto ao método catártico, abandono do uso da pressão na testa e, ainda, a discussão sobre o papel da sugestão e da fantasia sexual infantil no desencadeamento da neurose. A postulação da associação livre se deve a fala do paciente sem nenhuma seleção consciente de seus pensamentos. Dessa forma, o que se vê aparecer nessa associação são as conexões inconscientes que as falas revelam um caminho que leva à etiologia do sintoma e às ideias recalçadas. Cabe-nos destacar que tais mudanças nas estratégias clínicas foram exigências que se impuseram no decorrer dos tratamentos, pois seus pacientes não se curavam ou não esboçavam nenhuma reação à intervenção. Essas mudanças nas estratégias de trabalho clínico eram provocadas principalmente pelo insucesso de seus resultados, considerados como exemplos de resistência, que podiam ser localizados como impossibilidade de cura do sintoma dos pacientes.

Freud apresentou em todo o percurso de sua obra a descrição das faces que a resistência poderia assumir para um sujeito nas diversas situações do dia a dia da experiência clínica. Além da resistência presente como insistência no sintoma de algo para além do consciente, Freud usou casos malogrados para localizar a resistência, sendo que eles foram também responsáveis por provocar uma modificação na teoria e nos métodos de tratamento ou podem ser usados como exemplos e justificativas para algumas mudanças. Freud também discriminava a resistência na manifestação de afetos a favor ou contra certa ideia, apresentada em forma de teorização da psicanálise, conforme encontramos em relatos dele, que recontam a história de criação da psicanálise. A recusa ou a aceitação de uma teoria, muitas vezes, pode estar baseada apenas em afetos, e não no reconhecimento de uma fundamentação lógica que sustente a prática clínica. Muitos dos dissidentes romperam com Freud em decorrência de uma discordância radical em relação ao modo de conduzir o tratamento e de como realizar uma elaboração teórica para explicar a causa dos sintomas, principalmente no que diz respeito ao papel da sexualidade na etiologia das neuroses.

Dessa forma, percebemos que Freud, ao abordar as diferentes dificuldades que enfrentou no decorrer de seu trabalho clínico e de criação da teoria psicanalítica, construiu o conceito de resistência para se referir às dificuldades encontradas no caminho da psicanálise, ligada à condução dos tratamentos, à formulação teórica, com

fins de transmissão e ensinamento da psicanálise a outros médicos e, principalmente, à resistência como certo efeito de evitação que algumas pessoas apresentam frente ao discurso da psicanálise.

C) Transferência, repetição e resistência

Conforme vimos, a resistência é um problema antigo na história do movimento psicanalítico. Freud já buscava a formulação desse conceito desde o início da construção do novo modo de tratamento clínico, o qual seria chamado de psicanálise. Como vimos, muitas mudanças na forma de conduzir o tratamento foram necessárias até que se chegasse ao pedido da associação livre de ideias. Percebemos que houve mudanças significativas no formato do atendimento. As mudanças na rede de argumentos da psicanálise eram importantes para que se pudesse ter generalizações e explicações sobre os efeitos clínicos obtidos no trabalho de Freud. Sendo assim, queremos destacar que podemos estabelecer diferentes implicações para um conceito quando este assume várias relações ou interfaces com outros conceitos dentro de uma mesma teoria. Nosso objetivo com este trabalho é mostrar que, ao fazermos essa relação entre conceitos diferentes, estamos dando posições e implicações específicas para cada possibilidade de combinação, as quais implicam distintas formações conceituais em uma grade teórica.

Como outro exemplo dessas mudanças, podemos situar, no texto *Projeto para uma Psicologia Científica*, que Freud (1893[1895]/1996) utilizou o termo resistência para demarcar um modo de diferenciação entre os tipos de neurônios. Nesse momento, a discussão que Freud estava propondo sobre o funcionamento psíquico era feita a partir de termos neurológicos, sendo relevante destacar que Freud, no início de sua carreira, era médico neurologista. No entanto, foi necessário que ele partisse desses elementos teóricos, postulados pela neurologia, para poder elaborar sua teoria, mas depois não permaneceu com eles. Mesmo usando termos e exemplos trazidos da clínica e de outras formulações conceituais, foi necessário que Freud, no momento da postulação de conceitos fundamentais da psicanálise, rompesse com a formulação que era dada até o momento para esses conceitos. Com essa ruptura, Freud realizou a construção de uma nova teoria e fez uma inovação no que diz respeito à forma de tratamento clínico do sujeito.

Encontramos textos de Freud em que ele realizou uma análise de seus casos clínicos, sendo que situou o conceito de resistência em momentos de impasses e de

dúvidas a respeito do uso das técnicas elaboradas para a realização de um tratamento das neuroses por meio da clínica psicanalítica. O conceito de resistência foi usado nessas elaborações de Freud sobre o tratamento psicanalítico para se referir ao estado do sujeito que não correspondia ao pedido da associação livre de ideias. Encontramos momentos em que Freud não se referiu à resistência apenas como um obstáculo à associação livre, ou seja, ele situa a resistência de um modo mais específico no tratamento psicanalítico ao articular esse conceito a partir da lógica da transferência. Ao nos referirmos ao tratamento das neuroses, não podemos deixar de considerar o papel da transferência nos princípios da clínica psicanalítica. Em Freud (1912b/1996), a resistência torna-se um conceito que se impõe como parte da transferência, chamada de *resistência transferencial*.

A transferência, segundo Miller (2002), é um conceito construído por uma lógica paradoxal, pois pode ser ora abordada como condição e possibilidade de o tratamento psicanalítico ser realizado, ora como resistência, obstáculo ou dificuldade a esse tratamento. Miller afirma que

nos referimos à transferência na medida em que é o termo que conceitua, segundo o consenso dos psicanalistas, o *modus operandi* da psicanálise, a mola mestra da cura, seu motor terapêutico e o próprio princípio de seu poder. Acentuo o fato de haver consenso entre os psicanalistas, pois é um fato raro o suficiente para que valha a pena sublinhá-lo (p. 55).

A apresentação lógica da transferência como um conceito paradoxal significa que sua postulação carrega outra contrária, podendo até mesmo serem contraditórias (Comte-Sponville, 2003). Nesse sentido, a transferência é um conceito que comporta uma dualidade ou pluralidade de significações possíveis. É importante o esclarecimento da abordagem da transferência como condição e como obstáculo ao tratamento, para que não se confunda uma com a outra. O analista, sabendo que a transferência é condição para o trabalho, mas que também pode ser impedimento do mesmo, deveria se alertar para que não aceite ingenuamente a aparência dos acontecimentos apresentados pelo sujeito na clínica, como a cura de um sintoma ou a forte gratidão do paciente ao ver-se curado e o sucesso de seus atendimentos. Essas situações podem, na verdade, ser formas de o sujeito defender seu sintoma por considerar muito perigoso o novo estado de coisas propiciado pelos efeitos do tratamento. A resistência pode se apresentar como insistência do sintoma, porém desviado de diferentes modos, para que a relação entre

analista e sujeito não termine e o sujeito mantenha as formas de satisfação sintomática envolvidas na transferência.

Freud ressaltou, no texto *A dinâmica da transferência* (1912b/1996), que a transferência apresenta um caráter sexual, que está presente não apenas no desenlace do sintoma, como também na formação deste. O caminho para o trabalho da psicanálise é por esse vínculo, ou seja, pelos aspectos sexuais infantis recalcados, em que Freud destacou o papel da sexualidade. Em decorrência da disposição sexual infantil, o analisando antecipa sua relação com o analista, de forma a manter suas ideias sexuais e a satisfação decorrente. Segundo Freud, o paciente conduz sua vida erótica a partir da disposição sexual perverso-polimorfa junto aos padrões de satisfação estabelecidos nos primeiros anos de vida. Essa combinação forma um clichê estereotípico que é constantemente reimpresso e repetido. A partir dessa repetição da disposição sexual infantil, o analista poderá realizar seu trabalho, pois este passa a ser incluído na lógica da satisfação sexual do sujeito.

Freud (1915[1914]/1996) apresentou, em *Observações sobre o amor transferencial*, que a transferência exhibe padrões sexuais infantis. No entanto, ele afirmou que “este é o caráter essencial de todo estado amoroso” (p. 185). Ao endereçar seu amor ao analista, o paciente está deixando sob recalque alguns elementos importantes de sua vida erótica. Segundo Freud, o laço de amor tem suas determinações na sexualidade infantil e exige retribuição; no caso da transferência, é do analista de quem se exige. Entretanto, se o analista deixar-se levar por essa demanda de amor, ele estará se afastando do trabalho analítico e do posicionamento ético exigido pela psicanálise.

A diferença, portanto, entre o amor de transferência e outro amor fora do contexto clínico é que na transferência o paciente desfruta de menor grau de liberdade, pois “é precisamente desta determinação infantil que ele [o estado amoroso da transferência] recebe seu caráter compulsivo, beirando, como o faz, o patológico” (Freud, 1915[1914]/1996, p. 185). Vale destacar que é por essa relação com as fantasias sexuais infantis que o amor de transferência se constitui como condição de tratamento, ou seja, no estado amoroso da transferência tem-se que “ela própria [a transferência] abrirá caminho para as raízes infantis de seu amor” (p. 186), e conseqüentemente possibilitará acesso àquilo que adquiriu caráter compulsivo pela repetição, exibido nesse amor transferencial. O estado patológico do paciente configura-se pela repetição, além

de colocá-lo em estado de sofrimento. A repetição é o que caracteriza o estado patológico e sintomático presente nas atitudes do sujeito.

O amor adquire seu padrão a partir da inibição do caráter sexual da pulsão. Ao tentar atingir a satisfação, a pulsão sexual encontra-se impedida de ter acesso ao consciente em decorrência de uma frustração no nível da realidade. No intuito de obter a satisfação almejada, a pulsão sexual sofre recalque. Nesse momento, o representante pulsional separa-se do afeto a ele relacionado e liga-se a outro representante, para que, assim, atinja a consciência. O representante pulsional que perdeu certa moção afetiva torna-se recalcado e o afeto é deslocado para outro representante, o qual passa a ter acesso ao consciente. Um laço pulsional inibido, ao manifestar-se na consciência, carrega traços que indicam uma relação do representante pulsional outrora recalcado, de forma que a lógica do inconsciente está presente nessa manifestação.

O amor de transferência, segundo Freud, está presente em qualquer outro tipo de tratamento da neurose, seja nos consultórios, seja nas instituições. Nesses casos, a transferência também deveria ser considerada como resistência e impedimento do tratamento. Porém, Freud afirmou que nas instituições não é realizado um trabalho à clínica psicanalítica. Em psicanálise, o que é levado em conta não é somente a presença da transferência, mas como o psicanalista realiza o manejo da transferência, ou seja, como o analista realiza seu trabalho. Freud (1912b/1996) destacou, portanto, que o psicanalista não deve recuar diante de quaisquer das faces do amor, pois seria como evocar demônios poderosos do inferno mediante elaborada magia e não fazer-lhes nenhuma pergunta. O analista deve suspeitar de que a resistência:

Faz uso de uma declaração de amor da paciente como meio de colocar à prova a severidade do analista, de maneira que, se ele mostra sinais de complacência, pode esperar ser chamado à ordem por isso. Acima de tudo, porém, fica-se com a impressão de que a resistência está agindo como um *agent provocateur*; ela intensifica o estado amoroso da paciente e exagera sua disposição à rendição sexual, a fim de justificar mais intensificamente o funcionamento do recalque (Freud, 1914[1915]/1996, p. 180).

Para discutir essas facetas da transferência, Freud, em seu texto *Observações sobre o amor transferencial (Novas Recomendações sobre a técnica da Psicanálise III)* (1915-1914 /1996), lançou mão de um exemplo de transferência exacerbada de amor, chamada erótica, discutiu algumas maneiras possíveis de encará-la e apresentou como o analista, de acordo com a ética da psicanálise, deveria se posicionar frente a esse amor transferencial. Nos casos em que um paciente demonstra um grande enamoramento, o

analista deve se colocar em uma posição diferente em relação aos que aceitam as investidas amorosas do paciente e se envolvem com ele. Freud ainda se distanciou daqueles que recusam categoricamente a transferência, em suas formas de amor e de interesse sexual, acabando por se afastar completamente do analisando, recusando-lhe até mesmo a tentativa de tratamento e impedindo que o paciente tenha uma possibilidade de mudança dessa atitude erótica infantil.

Portanto, seria decorrente de um posicionamento ético do psicanalista ajude a tornar possível maior liberdade para as escolhas amorosas do sujeito, através das interpretações e construções em análise, a fim estas não mais fiquem tão submetidas às sobredeterminações infantis. Nesse sentido, Freud (1914[1915]/1996) considerou três os mais comuns desfechos para essa situação de transferência em seus moldes mais exagerados:

Um, que acontece de modo comparativamente raro, é que todas as circunstâncias permitam uma união legal e permanente entre eles; o outro, mais frequente, é que médico e paciente se separem e abandonem o trabalho que começaram e que deveria levar ao restabelecimento dela, como se houvesse sido interrompido por algum fenômeno elementar. Há, sem dúvida, um terceiro desfecho concebível, que até mesmo parece compatível com a continuação do tratamento. É que eles iniciam um relacionamento amoroso ilícito e que não se destina a durar para sempre (p. 178).

Freud advertiu aos analistas que não devem se vangloriar por essa possível conquista no campo amoroso, pois esse estado de apaixonamento não é em nada tributário aos encantos do analista. O principal problema que Freud destacou é que, se o analista deixar-se levar por essa transferência, que se apresenta por um forte colorido afetivo, acabará por se esquivar do trabalho propriamente analítico. O paciente apresenta apenas o seu amor ao analista e, por isso, está repetindo uma satisfação sexual infantil. A resistência, ao exagerar a disposição erótica da transferência, possibilita ao analista realizar um trabalho a partir desse padrão sexual evidenciado na repetição que o paciente apresenta de forma exagerada. A partir de um padrão de repetição, o analista pode valer-se da interpretação.

O caráter patológico das atitudes do sujeito na clínica é dado pela repetição. A resistência, ao ser incluída na lógica da transferência, faz com que esse padrão de satisfação sexual seja repetido. Essa repetição assume a configuração de um obstáculo, pois as associações do sujeito ficam aí retidas. Freud, primeiramente, identificou que as recordações de situações infantis podem cessar, ou seja, o analisando não se recorda de

suas fantasias infantis. O analista, ao ser incluído na lógica da transferência e, conseqüentemente no dispositivo analítico, deve ser incluído também no processo de resistência. Ao destacar a atenção flutuante como a contrapartida da associação livre ao analista, Freud afirmou que também o analista pode colocar-se a serviço da resistência e do impedimento do tratamento pela associação livre. As associações do sujeito ao voltarem-se para o analista encontram-se retidas, pois encontram expressão apenas pela via endereçada a ele. Em uma situação em que se acreditava que as associações faltavam, percebe-se que estas estavam impedidas de ter acesso ao consciente, tornando-se conscientes apenas a partir da repetição para com o analista. Assim, os pensamentos do sujeito estão endereçados ao analista.

Dessa forma, o analista tem como principal papel afirmar ao analisando que ele está sob resistência e que seus pensamentos estão endereçados ao analista. Freud (1914/1996) afirmou:

O médico revela as resistências que são desconhecidas ao paciente; quando essas tiverem sido vencidas, o paciente amiúde relaciona as situações e vinculações esquecidas sem qualquer dificuldade. O objetivo destas técnicas diferentes, naturalmente, permaneceu sendo o mesmo. Descritivamente, trata-se de preencher as lacunas na memória; dinamicamente, é superar as resistências devidas ao recalque (p. 163).

Nesse sentido, a resistência pode assumir os vínculos de amor que caracterizam a transferência, fazendo com que a neurose seja mantida. Em outras palavras: a resistência pode usar artifícios que servem à manutenção do estado patológico a partir da transferência e de seus elementos ligados ao amor, de forma que, pela transferência, o analisando se coloca em defesa do seu sintoma. Assim, a transferência, além de trazer a marca do amor que carrega determinações infantis, o que possibilita um caminho para a elaboração desses padrões, traz ainda a possibilidade de atuação da resistência, de forma a intensificar esse amor e seus elementos recalcados, impossibilitando o tratamento. A resistência pode atuar seja por uma exacerbação do amor, conforme o exemplo trabalhado por Freud, ou em forma de cura aparente e restabelecimento do paciente. Nesse sentido, a transferência apresenta, além da disposição sexual infantil, esse outro aspecto que lhe confere uma posição especial na clínica.

O sujeito se encontra em um estado de ambigüidade, pois, ao mesmo tempo em que busca a cura, ele se prende a seus sintomas. Em forma de resistência, temos um sujeito deslocado em relação a seu sintoma, já que apresenta uma tentativa de mantê-lo

junto aos investimentos para se livrar dele. A resistência, nesse caso, usa a transferência como artifício para impedir o trabalho analítico e como tentativa de manutenção da doença. O mecanismo de recalque mantém sua força pela via camuflada do amor erótico, e assim mantém todas as formas infantis de obter satisfação sexual. A transferência como impedimento do trabalho analítico, e não como possibilidade ou condição de este ocorrer, não está presente apenas no amor exacerbado, mas também nos caminhos ainda mais disfarçados, que podem fazer o sujeito assumir uma posição de gratidão e confiança no analista ou até mesmo considerar-se curado. Para Freud (1915[1914]/1996), um paciente pede um tratamento e a eliminação de seu sintoma. Sabendo que a transferência pode por vezes ser uma resistência, o analista não irá aceitar qualquer declaração de cura ou aceite de tratamento do sujeito. Como o analista vai responder a esse amor, seja exagerado ou não, que pode assumir a transferência?

É imprescindível que o analista não tome o que acontece na clínica de uma forma ingênua, ou seja, a partir de uma primeira impressão. A transferência pode ser considerada pelo analista não apenas como a possibilidade de trabalho, mas, ainda, como aquilo que o impede em decorrência da resistência. No entanto, diferentemente da inibição no amor, de seus jogos de opostos da lógica amorosa, junto aos aspectos que implicam o conflito necessário entre consciente e inconsciente, é relevante destacar a disposição sexual como um principal elemento para o trabalho do psicanalista. A disposição patológica dos pacientes encontra-se em um alto nível de elaboração das vias de satisfação pulsional, assim como as formas de manutenção e defesa dessas vias, caracterizadas pela resistência. Nesse sentido, vale explicitar a disposição sexual em contraponto ao que foi apresentado pela disposição do amor.

Freud afirmou que muitos analistas se surpreendem com os efeitos de sua interpretação e como esta faz com que o sujeito reproduza o recalco. No entanto, ele acrescenta que esses analistas logo vão perceber que as únicas dificuldades realmente sérias se referem ao manejo da transferência. Freud (1915[1914]/1996) considerou que a situação de transferência é bastante complicada, mas que precisa ser esclarecida, pois “nós [os analistas], que rimos das fraquezas de outras pessoas, nem sempre estamos livres delas, até agora não estivemos precisamente apressados em cumprir essa tarefa” (p. 177). Nesse momento, Freud se referiu aos analistas e ao trabalho exigido deles frente à transferência. O trabalho analítico encontra a libido retida e um combate se instaura. As forças que fizeram a libido ficar retida e ser constantemente reimpressa na vida erótica do sujeito se tornarão resistência. A resistência transferencial é assim

chamada por se vincular a aspectos inconscientes. Ao se tornar consciente, deixa de ser resistência, tornando-se, agora, condição de tratamento. Nesse texto, Freud indicou que o manejo da transferência implica aquilo que o analista pode fazer frente à transferência em sua face exagerada de amor e às consequências trazidas para o tratamento em decorrência dessa reação ao amor do sujeito, que fora suscitado pela situação clínica.

A resistência adquire outro caráter específico na dinâmica do tratamento, que tem como princípio a transferência. A recordação tem seu limite nos processos de satisfação que se encontram sob recalque. As satisfações sexuais que estão sob recalque não poderão se tornar conscientes por meio das associações de ideias. O sujeito, nesse momento, para suas associações e passa a assumir um padrão de repetição de suas atitudes. Ao invés de recordar, o sujeito agora atua nas sessões de tratamento de acordo ainda com o padrão de satisfação erótica assumido em tenra infância. Para Freud (1914b/1996): “O paciente não recorda coisa alguma do que esqueceu e recalcou, mas expressa-o pela atuação ou atua-o (*acts it out*). Ele o reproduz não como lembrança, mas como ação; repete-o, sem, naturalmente, saber que o está repetindo” (p. 165).

Miller (2002) apresenta que a transferência pode adquirir três formas de se manifestar: pela repetição, pela resistência e pela sugestão. Sobre essas formas da transferência, podemos destacar que a repetição é um caráter essencial à disposição erótica e está presente em qualquer relação com o outro que o sujeito venha a exibir em sua vida. Sobre a terceira forma apresentada, encontramos em Freud que o tratamento psicanalítico não se trata de uma sugestão; pelo contrário, o analista deve estar atento para não cair nesse tipo de influência. Destacamos, portanto, que a forma da transferência como resistência é o que configura o tratamento analítico como tal, pois o analista deveria ser paciente e esperar que o analisando elabore essa resistência. Miller destaca que nesse momento o analista deve ser paciente.

Sobre como proceder em relação a transferência, Freud (1915[1914]/1996) acrescentou:

O psicoterapeuta analítico tem, assim, uma batalha tríplice a travar – em sua própria mente, contra as forças que procuram arrastá-lo para abaixo do nível analítico; fora da análise, contra opositores que discutem a importância que ela dá às forças pulsionais sexuais e impedem-nos de fazer uso delas em sua técnica científica; e, dentro da análise, contra as pacientes, que a princípio comportam-se como opositores, mas, posteriormente, revelam a supervalorização da vida sexual que as domina e tentam torná-lo cativo de sua paixão socialmente indomada (p. 187).

As dificuldades que se impuseram no caminho de Freud e de seu trabalho com a psicanálise podem ser localizadas como resistência do sujeito na clínica e as diversas armas que o recalque pode construir de modo a manter o conflito pulsional. Ao localizar-se pela transferência, o analista é chamado a se posicionar a partir de sua ética. Seu trabalho junto ao sujeito se encontra limitado e envolvido pelas tramas de Eros.

D) Implicações do conceito de resistência

As implicações do conceito de resistência situam-se no campo da clínica, porém em um posicionamento que não o localiza apenas como um obstáculo que impede o sujeito de se ver livre de seu sintoma por meio do tratamento clínico. Essa marca de um obstáculo que a resistência carrega pode ser encontrada tanto ao lado do sujeito quanto do analista. Em relação ao sujeito, as resistências atuam nas defesas erguidas pelo recalque para manter o sintoma, e no lado do analista, quando sua estratégia de ação na clínica implica em exacerbação da repetição da satisfação sexual evidenciada na transferência.

O trabalho exigido pela resistência não implica apenas o analisando e seu difícil trabalho de elaboração. Freud já alertou enfaticamente que a elaboração é um trabalho não apenas do sujeito, que busca se posicionar de um modo diferente. A elaboração, apresentada por Freud, implica o analista também. Ou seja, a este cabe a elaboração de uma teoria para construir e discutir um saber sobre a clínica. Esse saber não está encerrado, pois não podemos nos esquecer do conceito de inconsciente, fundamental para a teoria psicanalítica, mas que sugere uma indeterminação que incide em todo o processo.

A relevância que é dada aos conceitos fundamentais da psicanálise implica um trabalho a partir da ética da psicanálise, para que a mesma seja realmente exercida. Em seu texto *Uma dificuldade no caminho da psicanálise* (1917/1980), Freud apresentou a resistência ao discurso teórico produzido pela psicanálise. Essa resistência surge em decorrência do que ele chama de ferida narcísica da humanidade. Nesse texto, Freud afirmou que o homem foi tirado de um lugar de destaque que ocupava na cultura depois do surgimento de algumas teorias, como a de Copérnico, a de Darwin e a do próprio Freud. Nesse sentido, o conceito de resistência poderia assumir, de acordo com Freud, uma forma de contraposição social e de recusa das teorias desenvolvidas por esses autores. Ou seja, nesse texto, Freud ressaltou o problema da resistência que se apresenta

como contraposição teórica. Na verdade, essa contraposição não é teórica, é um forte apego afetivo contra rupturas provocadas no pensamento do homem.

As considerações de Freud sobre a resistência não se mantiveram apenas em relação à transferência. Em outros momentos de seu trabalho, ele percebeu que havia um impedimento que incidia sobre a condução do tratamento, sobre a forma de descrever sua técnica empregada e sobre o modo de funcionamento do aparato psíquico. Nesse sentido, incluiremos em nossa discussão, no segundo capítulo, as determinações de Freud sobre a metapsicologia e de que forma a resistência à análise serviu para a postulação de mudanças significativas sobre o aparelho psíquico, como a mudança da primeira para a segunda tópica.

CAPÍTULO 2

RESISTÊNCIA E AS TÓPICAS PSÍQUICAS

A) Introdução

Apresentamos, no primeiro capítulo, como o conceito de resistência foi abordado por Freud em momentos em que a teoria da psicanálise precisou passar por uma modificação em decorrência de impasses e de impossibilidades na condução do tratamento de seus pacientes. Ressaltamos que os casos que não foram bem-sucedidos e que apresentavam problemas e interrupções no decorrer do processo serviram como temas para uma ampla discussão de Freud. A atenção a mais dada aos casos difíceis propiciou a realização de mudanças na técnica e na teoria que embasavam uma postura ética nos atendimentos psicanalíticos. Alguns erros de Freud e dificuldades nos atendimentos serviram como campos férteis de reflexão sobre a etiologia da neurose e sobre o funcionamento do aparelho psíquico. Essa investigação constante sobre a condução dos tratamentos e o desenvolvimento dos casos propiciou mudanças na estratégia de ação clínica.

O tratamento clínico pode ser impedido justamente onde deveria ser localizada a sua condição. Nesse caso, é pela transferência que a resistência adquire elementos para fazer com que a satisfação pulsional se mantenha baseada no recalque. A transferência, por meio da neurose de transferência, propicia uma atualização do conflito pulsional que gerou a formação do sintoma, que é uma via substitutiva a esse conflito. O analista, fisgado por um representante, qualquer um que pertença à cadeia associativa do sujeito, passa a se incluir na lógica de satisfação pulsional, a qual percorre o mesmo caminho da repetição que o sintoma evidencia; nesse sentido, mais uma via de atualização do conflito pulsional, sobre a qual discutiremos no capítulo seguinte.

De modo geral, podemos afirmar que o conceito de resistência sempre se refere a algo que impede o tratamento psicanalítico. Apesar disso, a resistência também propiciou, até mesmo forçou, que a psicanálise buscasse outros caminhos na condução do tratamento para procurar novas desfechos para os sujeitos em análise. Esses impasses apresentados também incentivaram a busca de uma nova teorização sobre os efeitos obtidos na clínica. Dessa forma, percebemos que, no decorrer da história da psicanálise, foram conseguidos resultados diferentes daqueles obtidos até então com a clínica, em decorrência de um aperfeiçoamento de técnicas e estratégias de trabalho com o sofrimento psíquico.

Notamos que a resistência foi usada desde o início da obra de Freud para denotar um impedimento, uma restrição que incide sobre o funcionamento psíquico. Para iniciarmos o segundo capítulo, apresentaremos inicialmente a *primeira tópica freudiana*, localizada entre 1900 e 1923, na qual Freud considerou o funcionamento do aparelho psíquico a partir de uma diferenciação entre inconsciente, pré-consciente e consciente. Nessa formulação dada ao aparelho psíquico, Freud situou a resistência como uma censura que impede os representantes psíquicos de se movimentarem livremente entre cada um desses sistemas. A resistência descrita dessa forma está na primeira formulação do aparelho psíquico como cindido entre consciente e inconsciente.

Em seguida, neste segundo capítulo, apresentaremos as mudanças e os impasses na clínica que fizeram Freud postular a *segunda tópica*. Essa mudança entre as tópicas fez-se necessária a Freud, uma vez que sua explicação a respeito do aparelho psíquico entre consciente, pré-consciente e inconsciente tornou-se insuficiente em decorrência de certos pacientes. Verificaremos de que maneira a resistência encontra expressão por meio das instâncias psíquicas: Eu, Isso e Supereu. Assim, daremos maior reverberação à descrição de Freud sobre a resistência e suas cinco formas de manifestação, que são: resistência transferencial, resistência do ganho secundário da doença, resistência do Eu, resistência do Isso e resistência do Supereu.

Além daquela separação do psiquismo postulada na primeira tópica, Freud precisou fazer uma distinção entre as instâncias psíquicas Eu, Isso e Supereu. Há representantes que podem se tornar conscientes; outros que podem facilmente se tornar conscientes por pertencerem ao pré-consciente e receberem certo investimento libidinal; e, ainda, representantes que são proibidos de se tornarem conscientes por estarem recalçados. Mas, também, há representantes pulsionais que chegam à consciência de um modo muito específico, com características que denotam uma insistência de vias típicas de satisfação pulsional.

A primeira tópica não foi suficiente para esclarecer algumas manifestações clínicas. É em decorrência da resistência que podemos localizar mais essa mudança realizada por Freud em sua teoria, em torno do início da década de 1920, momento no qual estabeleceu a segunda tópica. A resistência insiste em impedir que alguns representantes pulsionais se tornem conscientes, mesmo depois de serem submetidos a um processo de transformação típico do derivado do recalçado. Apesar dos esforços do psicanalista em interpretar e em fornecer elementos que pudessem fazer o sujeito se haver com esses derivados e com a satisfação pulsional que está em jogo no seu

sintoma, Freud se deparou com modalidades mais elaboradas de resistência que impediam o desenlace pulsional, as quais traziam sofrimento ao sujeito.

É importante destacar que Freud não abandona a primeira tópica para explicar o funcionamento do aparelho psíquico. Além de os representantes recalçados serem impedidos de se tornarem conscientes, podemos ainda distingui-los por pertencerem às instâncias psíquicas diferentes e, por isso, só se tornarem conscientes de forma específica. Ou seja, é como se os representantes passassem por uma dupla transformação: uma promovida pelo recalque e outra pela instância psíquica. Assim, a primeira tópica adquire um suplemento explicativo com a segunda tópica. A consideração do aparelho psíquico se torna mais complexa e, na verdade, ela passa a explicar melhor fenômenos como o sentimento de culpa e a agressividade.

Portanto, neste segundo capítulo, discutiremos o funcionamento psíquico que tem como norteador o recalque. Ou seja, a restrição de certos representantes pulsionais ao tentarem obter acesso ao consciente, e conseqüente distinção daqueles que poderão pertencer ao Eu, única instância psíquica que possui acesso à motilidade e à consciência. Nesse sentido, apresentaremos as instâncias psíquicas e suas formas de insistência pulsional específicas: o Isso e o Supereu, e suas formas de modificarem os representantes para conseguirem expressão no consciente e conseqüente descarga de energia por intermédio do Eu. Para tal apresentação, será necessário especificar a mudança que Freud estabeleceu em sua obra em torno da noção de aparelho psíquico, como forma de identificar certa facilidade ou restrição na expressão de ideias na associação livre.

B) Primeira tópica freudiana

Como vimos na introdução desta dissertação, os estados hipnoides serviram como balizadores da formulação do conceito de inconsciente. Alguns pacientes indicavam, por meio de seus sintomas, estados psíquicos que não chegavam a se tornar conscientes. Esses estados hipnoides passaram a ser postulados por Freud a partir de outro referencial teórico. Ele passou a considerar o funcionamento do aparelho psíquico não apenas em sua vertente consciente. Diferentemente de correntes teóricas da época e de postulações filosóficas, o psiquismo, para Freud, não era todo consciente, pois uma parte sua era inconsciente. O que isso implica? Implica o sujeito não ter acesso direto a todos os seus processos psíquicos.

“A obstinada recusa em atribuir um caráter psíquico aos atos mentais latentes se deve à circunstância de que a maioria dos fenômenos em foco não fora estudada fora da psicanálise” (Freud, 1915a/1996, p. 174). Freud foi fiel aos casos que manifestavam estados hipnoides e não cedeu em momento algum quanto a esta afirmação: os processos psíquicos que são inconscientes possuem efeitos tão sérios e profundos quanto aqueles que podem ser descritos como conscientes. Além desses estados apresentados na clínica e nas aulas de Charcot, Freud percebeu uma gama de atos psíquicos inconscientes fora do contexto de tratamento. Essas produções inconscientes colocavam o sujeito que os manifestava em uma situação de desconhecimento quanto à sua autoria, como nas produção de sonhos, parapraxias e sintomas.

Nesse sentido, Freud formulou um esquema para representar o funcionamento psíquico em que considerava uma distinção entre processos mentais conscientes e inconscientes. A primeira tópica freudiana se refere ao esquema postulado para descrever o aparelho psíquico como sendo dividido entre sistemas: consciente, pré-consciente e inconsciente. Detalharemos essa diferença mais adiante. Além disso, a primeira tópica ainda é acompanhada por uma distinção pulsional entre pulsão do Eu e pulsão sexual. Freud jamais abandonará a noção de que o aparelho psíquico é cindido, mesmo que tenha em seu trabalho metapsicológico que mudar as noções que compõem esse aparelho. Outro aspecto importante a destacar é que Freud aborda a questão do aparelho psíquico por três perspectivas: descritiva, dinâmica e topográfica.

Freud, em *A interpretação dos sonhos* (1900/1996), começa a distinguir os representantes psíquicos entre aqueles que são conscientes e estão presentes na percepção de um sujeito e aqueles que não possuem essa presença. Essa primeira distinção é a que podemos chamar de descritiva, uma vez que descreve a distinção entre o consciente e o inconsciente, referindo-se a uma qualidade que pode ou não estar presente em uma ideia, que é a qualidade de estar consciente, de estar presente para um sujeito. Por outro lado, quando uma ideia está ausente, ela teria a qualidade de ser inconsciente. Freud passou a distinguir os representantes psíquicos entre aqueles que são conscientes e estão presentes na percepção de um sujeito e aqueles que não possuem essa presença, chamados de inconscientes.

No entanto, essa definição não é ainda a definição propriamente psicanalítica. Freud denomina de Artigos sobre a Metapsicologia o conjunto de textos que servem para detalhar essa distinção entre os representantes psíquicos que são conscientes e outros que são inconscientes. A *metapsicologia freudiana* possui ainda outros dois

aspectos além do descritivo, que são: *topográfico e dinâmico*. Esses três pontos de vista sobre o funcionamento do psiquismo foram usados por Freud para discutir processos como a formação dos sonhos e de sintomas, além de fornecer subsídios para justificar os procedimentos clínicos adotados.

Deter-nos-emos nas especificações de Freud realizadas a partir de 1914 por resumirem e darem consistência à sua elaboração teórica do que ficou conhecida como primeira tópica. Para justificar a sua posição irreduzível ao considerar o funcionamento psíquico composto não apenas por processos conscientes, mas também por pensamentos inconscientes, Freud (1915a/1996) afirmou: “os dados da consciência apresentam um número muito grande de lacunas; tanto nas pessoas sadias como nas doentes ocorrem com frequência atos psíquicos que só podem ser explicados pela pressuposição de outros atos, para os quais, não obstante, a consciência não oferece qualquer prova” (p. 172). Freud buscou, portanto, incluir esses tipos de pensamentos na explicação que estava formulando para o aparelho psíquico.

Freud percebeu duas maneiras diferentes de manifestação dos representantes psíquicos que variavam de acordo com a influência que recebiam. Em *Formulações sobre os dois princípios de funcionamento mentais* (Freud, 1911/1996), há elaborações sobre os modos distintos de funcionamento do aparelho psíquico. Freud postula que o inconsciente é regido por um princípio específico – o princípio do prazer – que se realiza por meio do que ele denomina de processo primário – os mecanismos de condensação e deslocamento. Já o sistema consciente será regido, prioritariamente, pelo princípio de realidade e se realiza por meio do processo secundário que segue as ordenações lógicas de uma temporalidade cronológica e respeita o princípio de identidade e de não-contradição.

“O processo primário é descrito como o princípio de prazer-desprazer, ou, mais sucintamente, princípio de prazer. Estes processos esforçam-se por alcançar prazer, a atividade psíquica afasta-se de qualquer evento que possa despertar desprazer” (Freud, 1911/1996, p. 238). O processo psíquico primário refere-se ao prazer que é obtido por meio da descarga de energia. Quando essa liberação energética se torna impedida, o aparelho psíquico percebe esse impedimento como desprazer. Nesse sentido, a descarga energética pode tornar-se impedida, sendo que a atividade psíquica tentará se afastar do desprazer gerado.

O aparelho psíquico efetua modificações que considera necessárias nos representantes para evitar o desprazer, ou seja, obter prazer. Dentre essas mudanças,

Freud enumerou a memória, a atenção, o julgamento, a ação e o pensamento. Essas funções foram desenvolvidas como forma de garantir o prazer. A descarga motora e os órgãos sensoriais adquiriram funções especiais para atender ao princípio de prazer. A relação desse princípio com a consciência se torna evidente. “A consciência aprendeu então a abranger qualidades sensórias, em acréscimo às qualidades de prazer-desprazer que até então lhe havia exclusivamente interessado” (Freud, 1911/1996, p. 239).

Porém, o princípio de prazer é, em parte, substituído pelo princípio de realidade. Essa substituição se faz em função do fracasso desse princípio em encontrar sempre o prazer. A influência da realidade externa e de conseqüentes frustrações na obtenção de prazer obrigaram o aparelho psíquico a buscar outras formas de descarga de energia que não envolvia mais aquelas funções de pensamento. Nesse momento, o aparelho precisa exercer uma influência maior na realidade, como um modo mais prolongado de obter o prazer.

Foi apenas a ausência da satisfação esperada, o desapontamento experimentado, que levou ao abandono desta tentativa de satisfação por meio da alucinação. Em vez disso, o aparelho psíquico teve de decidir tomar uma concepção das circunstâncias reais no mundo externo e empenhar-se por efetuar nelas uma alteração real (Freud, 1911/1996, p. 238).

Nos processos inconscientes do psiquismo, continua prevalecendo o princípio de prazer. No entanto, a atividade da consciência passa a ter maior alcance, pois, por intermédio dela, ações motoras são possíveis no intuito de que alguma modificação na realidade seja feita para se obter prazer. Essa possibilidade de ação e modificação da realidade é que caracteriza o funcionamento psíquico pelo processo secundário. Podemos mesmo considerar, de acordo com as elaborações de Jacques-Alain Miller (1989/1991), que o princípio de realidade é, nada mais, nada menos, o prolongamento do princípio do prazer por outros meios. As formas mais elaboradas de obtenção de prazer pelo princípio de realidade estariam consagradas pela cultura.

Freud sempre utilizou os atendimentos para elaborar sua teoria, de maneira que, se os pacientes, e até mesmo pessoas sadias, apresentavam pensamentos que não seguiam a lógica consciencial, ele não poderia pautar seu trabalho de investigação dos sintomas apenas nos pensamentos conscientes de um sujeito. A especificação de um aparelho psíquico que passa a incluir uma lógica da consciência e outra do inconsciente, do modo como Freud postulou, é de extrema importância para sabermos se um trabalho

realizado na clínica é um trabalho psicanalítico ou não. Dessa forma, continuaremos apresentando as especificações que caracterizam o ponto de vista psicanalítico para a abordagem do funcionamento psíquico.

“Antes de prosseguirmos, enunciemos o fato importante, embora inconveniente, de que o atributo de ser inconsciente é apenas um dos aspectos do elemento psíquico, de modo algum bastando para caracterizá-lo” (Freud, 1915a/1996, p. 177). Freud elaborou um esquema tríplice para descrever o funcionamento psíquico por ter percebido uma censura existente entre o consciente e o inconsciente. Essa censura faz com que certos representantes pulsionais encontrem uma resistência para descarregar a libido investida. Freud percebeu na clínica que havia uma diferença na descarga de libido entre os representantes psíquicos: alguns representantes pulsionais encontravam maior facilidade ao buscarem uma satisfação em comparação a outros que retinham a energia libidinal.

A censura enfrentada entre os sistemas se refere ao aspecto *dinâmico* da metapsicologia, pois o aparelho psíquico é entendido mediante um diferencial energético que se impõe a diferentes ideias. Esse aspecto denota uma abordagem econômica do psiquismo. Tal censura age como dificultador da passagem livre de energia libidinal entre as ideias que compõem o aparelho psíquico. Ou seja, a resistência impede o investimento de energia em certos representantes. Isso possibilitou o entendimento da existência de processos dinâmicos no psiquismo. Esse aspecto da metapsicologia, portanto, se refere a uma energia que pode se tornar impedida de se mover livremente no interior do aparelho.

Ao utilizar uma postulação dinâmica do aparelho psíquico, Freud destacou a presença de ideias inconscientes recalcadas, nas quais se identificam forças que se opõem à sua tomada de consciência. Apenas os representantes da pulsão podem ser recalçados. O afeto ligado aos representantes pulsionais não serão submetidos ao recalque. Esse afeto, então, deve buscar se ligar a outros representantes para conseguir uma manifestação psíquica consciente, e assim liberar a energia que estava impedida. É apenas o afeto que pode se locomover no aparelho psíquico. Os representantes pulsionais podem receber diferentes quantidades de carga energética e transmiti-las para outros.

Por fim, do ponto de vista *topográfico*, Freud se referiu ao aparelho psíquico como se ele fosse composto por sistemas ou lugares, e os representantes dispostos em sistemas diferentes se apresentam com características diferentes. Esses lugares não possuem correspondência orgânica ao aparato cerebral, mas são como lugares a partir

dos quais os representantes pulsionais se apresentam ao sujeito com lógicas de funcionamento distintas. Com a censura, Freud percebeu que alguns representantes psíquicos só chegavam à consciência de uma forma que provocava desconhecimento ao sujeito, como os sonhos e sintomas. Essa outra forma que o sujeito estranhava em si mesmo denotava uma transformação sofrida pelos representantes.

A partir da abordagem psicanalítica referente à primeira tópica, no que diz respeito ao ponto de vista topográfico, nós temos um aparelho psíquico constitucionalmente cindido entre os seguintes sistemas: consciente, pré-consciente e inconsciente. O pré-consciente contém as ideias que não estão na percepção nem na motilidade e que, a partir de um mínimo de esforço psíquico, podem se tornar conscientes. Em contraposição ao pré-consciente, pertencem ao inconsciente as ideias que não estão na consciência e que só podem se tornar conscientes por meio de um grande esforço psíquico.

As ideias do sistema pré-consciente podem se tornar pensamentos conscientes sem muito esforço do aparelho psíquico, isto é, a libido do pré-consciente conseguiria facilmente atingir as ideias na consciência, pois não há uma resistência entre esses dois sistemas. Por outro lado, não é a mesma censura que as ideias do inconsciente precisam enfrentar para se tornarem ideias conscientes, já que há uma forte resistência que impede os representantes inconscientes de obterem expressão. Portanto, é apenas pela via do recalque e das transformações por ele submetidas que o afeto ligado à representantes do inconsciente pode vir a se tornar consciente. Os afetos e representantes pulsionais inconscientes devem ser submetidos ao processo secundário, caracterizado pelo deslocamento e pela condensação, para chegarem a uma expressão consciente. Essas formações submetidas à transformação são chamadas de derivados do inconsciente, como os sonhos e os sintomas neuróticos.

Os derivados do inconsciente precisam sofrer torções de conteúdos ao serem transpostos ao sistema consciente, mas ainda se apresentam sob características específicas, as quais remetem à distorção submetida pelo recalque. De outro modo, o pré-consciente pode colocar-se em oposição aos conteúdos inconscientes ou se apresentarem sem oposição, como na psicose, mas ainda com as características próprias. Os derivados juntam forças por meio dos diferentes investimentos e forçam acesso à consciência e, portanto, não foram dominados pelo Eu e pelos caminhos da pulsão, retorno ao próprio Eu (mudança de objeto da pulsão), reversão em seu oposto, recalque e sublimação (Freud, 1915b/1996). Esses são processos que impedem a pulsão de ser

levada sem impedimento até seu fim, sem ser modificada; além disso, são modalidades de defesa.

Freud formula que o inconsciente, quando caracterizado como uma simples ausência de consciência, é o que chamamos de pré-consciente, o qual não apresenta impedimento às ideias que se tornam sobreinvestidas, e assim forçam uma via de descarga no consciente. O inconsciente não é apenas o recalcado apresentando características específicas, que são: atemporalidade, conteúdos investidos (plenos de desejo), isentos de contradição mútua, a não consideração pela realidade externa, e, sim, pela realidade psíquica (Freud, 1915a/1996).

Freud identificou a presença de um contrainvestimento que impedia a descarga livre de afetos na consciência, permitindo a identificação dos representantes que pertenciam ao inconsciente. Essa resistência faz com que esses afetos só encontrem passagem por intermédio de representantes específicos, que são aqueles que já possuem acesso ao consciente. Nesse sentido, é por meio de uma via determinada que os representantes da pulsão possuem acesso à consciência e podem buscar satisfazer-se na realidade.

A existência de pensamentos inconscientes ainda não estava postulada nas considerações de Freud sobre os estados hipnoides. “Incidentalmente, mesmo antes da época da psicanálise, as experiências com a hipnose, especialmente a sugestão pós-hipnótica, já tinha demonstrado tangivelmente a existência e o modo de operação do inconsciente psíquico” (Freud, 1915a/1996, p. 174). A existência de pensamentos que fogem à lógica da consciência já podia ser identificada nos estudos de Breuer e Charcot, mas sem que considerassem esse estado hipnótico como pensamentos inconscientes.

No início do texto *Pulsão e destinos da pulsão* (1915b/1996) e no texto *Uma nota sobre o inconsciente na psicanálise* (1911/2004), Freud destacou que o leitor deveria estar atento para a especificidade da teoria da psicanálise que estava construindo. Ou seja, ele trata elementos e conceitos novos na área de atendimento a pacientes, por isso ele está criando termos inéditos, nunca vistos antes, e debatendo com correntes teóricas consagradas, para postular o que pretende. Ou seja, seu método de investigação não está presente em nenhum outro lugar até então. “Quero expor em poucas palavras, e do modo mais claro possível, que sentido deve ser atribuído, no campo da psicanálise, e somente nele, ao termo inconsciente” (Freud, 1911/2004, p. 83).

O inconsciente é um conceito que não permite a redução da psicanálise a um tratamento que visa efeitos na consciência; ou melhor, pela consideração desse conceito, a psicanálise não se volta para a cura dos sintomas apresentados, nem à análise dos processos conscientes. “Dizemos que a ideia se encontra em um estado inconsciente, e podemos apresentar boas provas para mostrar que, inclusive, quando inconsciente, ela pode produzir efeitos, incluindo até mesmo alguns que finalmente atingem a consciência” (Freud, 1915/1996, p. 171). Essa atenção aos conceitos criados pela psicanálise permite que localizemos o sentido do problema e a região epistemológica utilizada para explicar o funcionamento do aparelho psíquico e suas produções. Não podemos afirmar que estamos trabalhando com a psicanálise se não considerarmos seus conceitos fundamentais, que refletirão na prática clínica adotada.

Os representantes inconscientes estão ativos para o sujeito. No entanto, de acordo com a primeira tópica, o sujeito tem acesso apenas por meio de seus derivados, os quais foram distorcidos pela censura. Os representantes do inconsciente foram submetidos ao recalque e banidos de terem acesso à consciência, mas esse mecanismo de defesa não foi suficiente por torná-los inativos. Desse modo, temos que alguns representantes psíquicos de modo algum atingirão a consciência. Ao estabelecer um inconsciente que nunca se tornará consciente, Freud estabelece uma região do aparelho psíquico ao qual não se terá acesso, mesmo com os mais fortes investimentos analíticos.

O trabalho psicanalítico não se preocupa em eliminar o sintoma, mas, sim, em decifrá-lo e identificar a carga libidinal que ele carrega. Desse modo, com a psicanálise, será possível que se identifique qual satisfação pulsional o sujeito está obtendo com a formação sintomática. O sintoma se forma porque o recalque não foi suficiente para evitar o desprazer no aparelho psíquico. Assim, a pulsão procura outras vias para se satisfazer, sendo que encontrou disponíveis apenas os pontos de fixação para se ligar, e, por meio da regressão, esses representantes tornam-se investidos novamente. Com essa sobrecarga aos representantes, o desprazer é novamente percebido. Nesse sentido, tanto o recalque como a formação sintomática demonstram a falha da tentativa de evitar o desprazer.

A insistência pulsional se mostrou mais forte do que Freud poderia imaginar. Os pacientes apresentavam resistências a se livrarem de seus sintomas, ou seja, qualquer mudança bem-sucedida no quadro patológico do sujeito poderia ser vista como um motivo para o paciente faltar às sessões. Muitas vezes, o paciente abandonava o tratamento quando percebia qualquer tipo de melhora, contentava-se com pouca

mudança obtida e a considerava suficiente para encerrar o tratamento. Essa insistência pulsional fez Freud postular a *compulsão à repetição*.

Freud percebeu que, na tentativa de liberar a energia libidinal, o aparelho psíquico só disponibilizava como via de escoamento um caminho que provocaria sofrimento para o sujeito. O princípio de prazer que rege o aparelho psíquico não consegue fazer com que sua função prevaleça: evitar o desprazer por meio da descarga energética. Uma das manifestações clínicas em que Freud pode perceber isso foram os sonhos traumáticos. Nesses sonhos, o sujeito vivia uma situação de extrema angústia; além do mais, eles eram repetitivos.

Essa exceção ao princípio de prazer não fez com que Freud abandonasse essa postulação, pois ainda pôde perceber o funcionamento do processo primário em outras manifestações psíquicas. Mas como explicar a manifestação esporádica de um princípio que regeria o funcionamento do aparelho? Na verdade, não se trata de um princípio que ora está atuando, ora não. A energia libidinal encontra vias disponíveis muito difusas para encontrar expressão consciente. Freud percebeu que não bastava uma transformação dos representantes porque eles ainda encontravam dificuldade para se expressar. E quando a energia ligada a representantes proibidos encontrava expressão na consciência, esse processo não era capaz de obter prazer.

A energia acumulada encontra expressão por intermédio de representantes que estão na consciência. No entanto, são representantes que estão vinculados a outros representantes da angústia e do desprazer e somente por intermédio deles conseguem descarregar energia. Freud pôde perceber que não basta chegar à consciência para que a descarga de energia seja percebida como prazer, pois haveria no sistema consciente algumas constelações de representantes que eram os únicos que permitiam uma vinculação com a energia libidinal vinda do pré-consciente e do inconsciente.

Nesse sentido, Freud se viu tendo que modificar sua forma de considerar o funcionamento do aparelho psíquico não apenas a partir de uma divisão entre os sistemas consciente, inconsciente e pré-consciente. Ele precisou reformular seu modelo para explicar o funcionamento psíquico, passando a considerar a insistência de certos representantes como única via consciente de descarga da energia proveniente dos representantes inconscientes. Nesse momento, podemos perceber que houve uma mudança das tópicas para o aparelho psíquico. A partir desse novo problema, Freud postulou as instâncias psíquicas: Eu, Isso e Supereu, como foi especificado na segunda tópica freudiana, a qual apresentaremos no item a seguir.

C) O Eu, o Isso e o Supereu também

A distinção entre o consciente e o inconsciente é de extrema importância para a psicanálise. Como vimos, para Freud, os processos psíquicos não são apenas os conscientes: há uma lógica que escapa e que ainda assim produz efeitos. Desse modo, o tratamento não pode ser baseado apenas nos pensamentos conscientes; ou seja, não pode ser orientado somente no sentido de fazer com que o sujeito adquira uma unidade de si, deixando de fora tudo que for da ordem do excesso ou, em outros termos, da satisfação pulsional. Diferentemente das psicoterapias, a psicanálise não defende uma noção de bem-estar, na qual o sujeito não apresentará nenhum tipo de mal-estar. A psicanálise se coloca no caminho da verdade de um sujeito, mesmo que essa verdade esteja localizada fora dos parâmetros colocados pela sociedade.

Nesse sentido, Freud pôde, por meio de sua clínica, presenciar a verdade do sujeito se manifestando. Os sintomas, os atos falhos e os sonhos traziam para a experiência clínica muitos elementos novos de investigação, que indicavam pensamentos inconscientes e desconhecidos, tanto para o sujeito como para as aspirações da sociedade, de que as pessoas tivessem boa conduta. Dessa forma, até mesmo Freud se surpreendia, mas não desconsiderava as produções de seus pacientes, mesmo que fossem fora do padrão esperado. Partindo de certas recorrências clínicas, a explicação sobre o funcionamento do aparelho psíquico passava por mudanças. A distinção estabelecida na primeira tópica teve que ser modificada, a fim de Freud fornecer subsídios para o analista manejar melhor os atendimentos em decorrência das diferentes manifestações clínicas.

A partir do recalque, temos apenas uma via estabelecida para liberação da energia pulsional, pois esse mecanismo de defesa estabelece quais representantes devem pertencer ao Eu e quais não. Nesse sentido, a energia libidinal só encontrará descarga na consciência se os representantes investidos pertencerem ao pré-consciente e ao consciente. Sobre isso, Freud (1923/1996) afirmou que “somente quando se dá resistência a esta, uma detenção na reação de descarga, é que o ‘algo’ se torna consciente como desprazer” (p. 36). De acordo com o princípio de prazer, portanto, se a via da pulsão não estiver de acordo com os representantes do Eu, a energia fica impedida de se manifestar, e assim o desprazer é percebido pelo aparelho psíquico.

De acordo com a metapsicologia, há uma distinção dos processos mentais por um ponto de vista dinâmico ou econômico, que difere o inconsciente recalçado do inconsciente latente e ambos da consciência. Essa diferenciação pode ser estabelecida por causa da dificuldade que a energia libidinal enfrenta para ser transmitida de um sistema a outro. Esse impedimento é imposto pela censura aos representantes investidos de energia. Instaurada pelo recalque, a censura se coloca como resistência aos representantes pulsionais que passam a enfrentar um impedimento em sua via de satisfação direta. Em sua clínica, Freud percebeu que suas investidas serviam para fazer que essa energia impedida fosse deslocada para representantes do pré-consciente e, assim, liberada.

Freud percebeu ainda que suas tentativas em transformar o material recalçado consciente para alguns pacientes não foram suficientes. A tentativa do analista em fornecer elementos para que a energia ligada a representantes psíquicos recalçados fosse transmitida a outros representantes disponíveis se mostrou insuficiente. Ou seja, a energia deslocada para se manifestar na consciência não era capaz de fazer o sofrimento psíquico cessar. Os representantes pulsionais não tinham acesso à consciência de um modo muito simples. Ou seja, de acordo com a primeira tópica, os representantes pulsionais inconscientes e recalçados poderiam se tornar conscientes desde que passassem por um processo de transformação. Dessa forma, os derivados do recalçado chegariam à consciência depois de submetidos aos processos de deslocamento e condensação.

O analista estava certo do que precisava fazer no trabalho psicanalítico. Precisaria incentivar a manifestação na consciência dos derivados do recalçado, mesmo que deformados. Assim, a pulsão conseguiria uma via de satisfação e o desprazer resultante do aumento da energia seria evitado. Porém, Freud percebeu que a energia algumas vezes não se manifestava por intermédio de qualquer representante disponível no Eu. Mesmo já pertencendo ao consciente ou ao pré-consciente, a energia libidinal só se ligava a representantes específicos do Eu. Em outras palavras: Freud percebeu que alguns representantes, mesmo que transformados, eram impedidos de atingir o Eu, única instância que possui acesso à consciência e à motilidade.

Essa liberação de energia, a partir de um investimento energético direcionado a outros representantes que não foram recalçados, não se mostrou em alguns casos suficiente para gerar prazer. Freud percebeu que havia uma resistência não apenas entre os sistemas, mas também dentro dos próprios sistemas, a qual impedia a energia

libidinal de se vincular a qualquer representante disponível em um sistema. De outro modo, percebeu-se um impedimento na descarga energética por meio de qualquer via escolhida pela pulsão. Até então, isso era de se esperar porque o recalque incidiu no aparelho psíquico selecionando os representantes para a pulsão. No entanto, mesmo que a análise servisse para fornecer representantes a mais para a pulsão se ligar e conseguisse escoamento da energia, essa liberação energética não proporcionaria prazer, como era de se esperar pelo princípio de prazer.

A resistência, de acordo com a primeira tópica, se manifestava formando uma zona delimitada de censura que impedia certos representantes de se tornarem investidos o suficiente para chegarem à consciência. Assim, a energia era obrigada a se vincular a um tipo específico de representantes do pré-consciente e do consciente. Essa especificidade exigida aos representantes se estendeu mais do que Freud supunha no início. Mesmo com o trabalho de análise, o sujeito apresentava um sofrimento psíquico e agia, muitas vezes, de modo a manter esse sofrimento presente, por exemplo, faltando ao tratamento repetidas vezes. Freud (1925/1996) percebeu modalidades clínicas que conseguiam proporcionar satisfação pulsional, mas que geravam desprazer:

Como é possível de um ponto de vista econômico, que um mero processo de retirada e descarga, como a retirada de um investimento do Eu pré-consciente, produza desprazer ou angústia, visto que, de acordo com nossas suposições, o desprazer e a angústia só podem surgir como resultado de um aumento de investimento? A resposta é que essa sequência casual não pode ser explicada de um ponto de vista econômico. A angústia não é criada novamente no recalque; é reproduzida como um estado afetivo de conformidade com uma imagem mnêmica já existente (p. 97).

Isso permitiu a Freud postular um novo esquema de funcionamento do aparelho psíquico, pois a divisão desse aparelho entre sistemas era pouca para entender a satisfação pulsional no desprazer. Por volta de 1920, Freud se deparou com a neurose traumática ou neurose de guerra deflagrada em pacientes depois de passarem por desastres ou acidentes graves em suas vidas. Nesses casos, os sintomas se apresentavam a partir de uma fixação em um trauma. O novo caminho da pulsão, depois de recalçada, é por meio de traços mnêmicos vinculados ao desprazer.

A repetição da situação aflitiva, à primeira vista, contrariava o princípio de prazer. No entanto, “a repetição trazia consigo uma produção de prazer de outro tipo, uma produção mais direta” (Freud, 1920/1996, p. 27). O princípio de prazer continua prevalecendo no aparelho, porém sua fonte pulsional é de outra ordem: satisfação da

pulsão de morte por meio de um masoquismo do Eu. Evidenciamos nesse momento outra mudança teórica: a dualidade pulsional entre pulsão de vida e pulsão de morte.

Até então, Freud elaborou o Eu como parte do aparelho psíquico, que é coeso, organizado e que possui estreita relação com a percepção e motilidade. Em contraposição a essa instância, Freud (1923/1996) postula o Isso como uma instância psíquica que se comporta de um modo nada organizado. O recalque organizou os representantes pulsionais no Eu, porém não pode realizar tal organização no Isso, no qual prevalecem as pulsões. “No recalque, o fato decisivo é que o Eu é uma organização e o Isso não. O Eu é, na realidade, a parte organizada do Isso” (Freud, 1925/1996, p. 100). A via pulsional que encontra satisfação no desprazer estabelece um vínculo por intermédio de representantes relacionados com a angústia, ou seja, a energia faz uma regressão a pontos de fixação em traumas primevos.

A mudança que é considerada de extrema importância na obra de Freud se refere a uma argumentação detalhada: a hipótese do inconsciente e dos sistemas psíquicos formulada juntamente a uma diferenciação entre instâncias psíquicas: Eu, Isso e Supereu. A distinção entre o Eu e o Isso se refere à relação do Eu com o sistema perceptivo. Mas não apenas. Ambas as instâncias possuem uma parte recalcada, à qual não se tem acesso, mas somente pelo fornecimento de vínculos intermediários pelo trabalho da análise. Mesmo a satisfação por representantes intermediários, por serem derivados do recalcado, carrega a satisfação pulsional ativa do inconsciente. As instâncias psíquicas também se comportam como recalcadas porque apresentam uma satisfação inconsciente. Ou seja, o representante que está em jogo na satisfação ainda está ativo no inconsciente.

Freud afirmou que só é possível perceber que uma parte do Eu é inconsciente por causa das resistências. A resistência impede que o representante ativo em uma satisfação chegue ao conhecimento do sujeito, que sempre estará em uma posição de desconhecimento no que se refere a algumas de suas satisfações. A resistência se apresenta com uma barreira que envolve a satisfação substitutiva ao recalque, fazendo com que ela permaneça ativa, porém como uma formação fora do resto do funcionamento do aparelho psíquico, já que sua fonte pulsional está inconsciente, e assim pretende permanecer. Por isso, os vínculos fornecidos pela análise não são suficientes para que a fonte de satisfação pelo desprazer se torne consciente, pois há uma resistência imune às influências do analista e dos representantes do Eu, que chamamos de *resistências do Isso*. As resistências do Isso não se vincularão com os

representantes da consciência. No processo analítico, essa é a parte de sua satisfação que cabe ao sujeito elaborar. O analista nada tem a fazer nesse momento a não ser fornecer sua presença ao paciente, pois esse procedimento só pode ser realizado pelo paciente.

Essa nova consideração sobre o aparelho psíquico é feita no texto *O Eu e o Isso* (Freud, 1923/1996), no qual Freud afirma que, apesar de o Eu estar vinculado à consciência e ser a única instância que possui acesso à percepção e à motilidade, existe uma parte dessa instância que se comporta como inconsciente recalcado:

Nesse sentido, uma parte do Eu se coloca em oposição às investidas do trabalho analítico e, portanto, age como resistência. Na análise, essas tendências que foram deixadas de fora colocam-se em oposição ao Eu, e a análise defronta-se com a tarefa de remover as resistências que o Eu apresenta contra o preocupar-se com o recalcado. Ora, descobrimos durante a análise que, quando apresentamos certas tarefas ao paciente, ele entra em dificuldades; as suas associações falham quando deveriam estar se aproximando do recalcado. Dizemos-lhe então que está dominado por uma resistência, mas ele acha-se inteiramente inadvertido do fato e, mesmo que adivinhe, por seus sentimentos desprazerosos, que uma resistência encontra-se em ação nele, não sabe o que é ou como descrevê-la (Freud, 1920/1996, p. 30).

Freud pôde perceber que, mesmo transformados pelo recalque, alguns representantes eram impedidos de se tornarem conscientes por causa de um contrainvestimento ao escoamento de energia pelos representantes disponíveis no consciente. Além disso, o princípio de prazer passou a ser questionado porque algumas produções psíquicas não geravam prazer ao sujeito, mas, ao contrário, geravam desprazer. A resistência impedia que o investimento libidinal incidisse sobre qualquer representante pulsional, mesmo que este já estivesse no pré-consciente ou no consciente. A partir dessa zona insistente de representantes pulsionais disponíveis para ação da pulsão e sua satisfação, Freud pôde postular as instâncias psíquicas: Eu, Isso e Supereu.

O Eu é formado a partir de uma íntima ligação entre as tendências pulsionais e os objetos disponíveis na realidade antes mesmo do Complexo de Édipo e sua resolução. Na distinção psíquica marcada pela influência da realidade e dos objetos externos disponíveis para a satisfação, forma-se uma distinção entre o Eu e o Isso. O Eu esforça-se em impor o princípio de realidade ao Isso, em que reina irrestritamente o princípio de prazer. “O eu procura aplicar a influência do mundo externo ao Isso e às

tendências deste, e esforça-se por substituir o princípio de prazer, que reina irrestritamente no Isso, pelo princípio de realidade. Para o Eu, a percepção desempenha um papel que, no Isso, cabe à pulsão” (Freud, 1923/1996, p. 38).

No Isso, encontramos as pulsões que insistem em se satisfazer. Porém elas não podem fazer isso sem a intermediação do Eu, que é a instância que possui acesso à realidade e pode vincular-se aos objetos para obter satisfação. No decorrer do desenvolvimento psíquico, as escolhas objetais são substituídas pelo Eu por meio do processo de *identificação*, fazendo com que essas escolhas permaneçam. A identificação aos objetos faz com que o Eu assuma as características do objeto da pulsão, impondo-se, dessa forma, como objeto de satisfação da pulsão e possibilitando que a pulsão se desvincule do objeto. A identificação mais poderosa, ou seja, aquela que deixa mais consequências no desenvolvimento psíquico se refere ao Complexo de Édipo. O sujeito esforça-se em satisfazer suas pulsões sexuais por intermédio dos pais. No entanto, essa satisfação se torna impedida e o Eu, pela identificação, assume características desses objetos e se impõe à pulsão.

O Eu se vê obrigado a identificar-se com os objetos para que o Isso se desvencilhe da satisfação pulsional propiciada por meio deles. A identificação aos objetos pode ser a única forma na qual o Isso se desvencilhe dos objetos. “Quando o Eu assume as características do objeto, ele está forçando, por assim dizer, o Isso, dizendo: Olhe, você também pode me amar; sou semelhante ao objeto” (Freud, 1923/1996, p. 43). A importância da identificação se deve ao fato de a pulsão continuar sendo satisfeita mesmo que o objeto não esteja mais disponível na realidade. O Eu, portanto, permite a satisfação da pulsão pela identificação. Desse modo, o Isso e suas tendências pulsionais foram dominadas e o Eu passa a ser representante do mundo externo para o Isso.

A diferenciação entre o Eu e o Isso se intensifica pelo vínculo que o Eu possui com a percepção e com a motilidade. Essa influência do mundo externo e dos órgãos perceptivos permite que o Eu adquira características específicas e que sua relação com as sensações (visão, audição, tato e paladar) se intensifique. “O Eu é, primeiro e acima de tudo, um Eu corporal; não é simplesmente uma entidade de superfície, mas é, ele próprio, a projeção de uma superfície” (Freud, 1923/1996, p. 39). Enquanto o Eu mantém sua relação com a consciência, o Isso se mantém vinculado às pulsões, principalmente aquelas que não encontrarão expressão consciente.

No entanto, não podemos coincidir os sistemas psíquicos estabelecidos na primeira tópica com as instâncias. Não se trata disso. A segunda tópica não é uma complementaridade da teoria, mas, sim, um suplemento explicativo para a divisão do aparelho psíquico em sistemas. Apesar de repetidamente vincularmos o Eu à consciência, isso não é tudo que podemos dizer sobre essa instância. Não é todo o Eu que se comporta e se manifesta por meio dos processos típicos da consciência, pois existem faculdades altamente elaboradas do Eu que são inconscientes.

Retornando ao tema das neuroses de guerra, percebemos a compulsão à repetição e à satisfação pulsional por meio da regressão à fixação traumática. Com isso, podemos identificar uma resistência ao tratamento que parte do Eu. O paciente não se recordará de nenhuma situação que poderia deflagrar a doença, apenas repetirá uma situação na qual o que está em jogo é a satisfação sexual infantil. Os caminhos de satisfação pulsional, mesmo depois de recalcados, deixam marcas profundas na vida do sujeito. A principal marca deixada é feita pela satisfação da pulsão sexual, que em tenra infância se satisfaz mediante a relação do sujeito com seus pais. Os rastros dessa marca são deixados no aparelho psíquico por meio do Supereu. Essa instância psíquica guarda as características, assumidas pela identificação, da bissexualidade constitucional e da relação triangular edipiana.

A resistência apresentada pelo Eu se refere ao florescimento da vida sexual infantil do sujeito. No tratamento clínico, a investida analítica atingiu um ponto no qual resta ao sujeito repetir a satisfação sexual que estava presente no Complexo de Édipo. Essa satisfação não é simples. Ao ver realizada em momentos primordiais da infância, a satisfação sexual carrega fortemente a característica da bissexualidade. O sujeito tenta resolver o impulso sexual por intermédio do pai e da mãe, vínculo incestuoso que é fortemente proibido pela sociedade. Igualmente forte são as pulsões incestuosas que exigem satisfação e que a encontram, pelo menos inicialmente, por meio dos cuidados recebidos pelos pais.

Pelas manifestações que são características do Eu, podemos perceber que essa instância é organizada e coerente com as exigências da realidade e da sociedade. No tratamento psicanalítico, encontra-se a *resistência do Eu*, que serve para manter as formações exigidas pelo recalque, mecanismo de defesa responsável por parte da organização egoica, o qual deixou fora desta a satisfação sexual infantil. O Supereu, uma gradação do Eu, denuncia a satisfação ativa da sexualidade infantil por meio da exigência de uma satisfação na renúncia pulsional. Esse é o tipo de satisfação que está

presente nas neuroses infantis e nos jogos de criança como o “*fort-da*” (Freud, 1923/1996): a *resistência do supereu* onde pode ser entendida como o sentimento de culpa e necessidade de punição. Ela está relacionada à defesa das modalidades de satisfação que envolvem a resolução feita durante a infância entre a bissexualidade infantil e o Complexo de Édipo.

A resistência ao tratamento denuncia uma porção do Eu que se comporta a partir do processo primário, ou seja, de forma inconsciente. A porção do Eu que se comporta como inconsciente e que não coincide com o recalcado encontra expressão clínica por duas vias: pela formação de compromisso com o Isso e pelo Supereu. A formação de compromisso é feita quando o Isso exige satisfação, sendo que, para enfrentar essa exigência, o Eu se vê obrigado a fornecer meios para o Isso se satisfazer, já que é o Eu que possui acesso aos objetos. As formações sintomáticas e os atos falhos são exemplos dessa formação de compromisso, em que está presente uma satisfação inconsciente. O sintoma encontra também uma forma de proteção dada pela *resistência do ganho da doença*, que discutiremos no capítulo terceiro.

As alterações do Eu funcionam como resistência, pois são acionadas pela defesa de satisfações antigas. O Eu possui mecanismos de defesa contra o desprazer e a angústia, como indica o princípio de prazer. Esse mecanismo promove uma deformação na forma com que os representantes da pulsão irão se manifestar. Assim, o Eu age como mediador entre as exigências internas e o mundo externo, pois, agindo como transformador, evita entrar em conflito com a realidade e com as outras instâncias. Essas alterações são reativadas na transferência, a qual pode se manifestar como resistência por impedir uma mudança na satisfação de modo a não causar angústia.

As resistências impostas pelo recalque permitem que se percebam partes do Eu e do Isso que são inconscientes e, por isso, submetidas ao recalque. No entanto, o impedimento do tratamento também pode se impor pela força que impede que o sujeito se desligue das primeiras escolhas pulsionais, momento em que o aparelho psíquico ainda não foi submetido ao recalque. A resistência que se manifesta contra o tratamento clínico também se vincular à parte do inconsciente que encontra expressão na consciência, como as formas de manutenção do sintoma e dos sonhos traumáticos.

D) Implicações do conceito de inconsciente para a clínica

As mudanças teóricas na história da psicanálise se referem ao modo como Freud entendia o funcionamento do aparelho psíquico. Podemos ver uma reformulação do aparato psíquico da primeira para a segunda tópica. Percebemos que a resistência foi uma noção importante para o estabelecimento dos diferentes modos de funcionamento do aparelho. Isso foi possível porque a resistência permitiu a identificação de privilégios concedidos a representantes psíquicos específicos, como aqueles que possibilitaram a diferenciação de cada instância psíquica. O recalque é uma força a mais que impede a libido de circular livremente pelo aparelho. Esse mecanismo de defesa proíbe alguns representantes de obterem expressão na consciência e possui um forte aliado: a resistência, atualização do recalque no contexto analítico.

Nessas modificações teóricas, os atendimentos de Freud, mesmo os malogrados, serviram para acrescentar elementos no esquema do funcionamento psíquico. Desse modo, Freud não desconsiderava nenhuma dificuldade na clínica. Tais dificuldades eram enfrentadas à luz de sua elaboração teórica. Ele sempre tinha como intuito, ao estabelecer estratégias de investigação das doenças, suscitar os derivados do inconsciente: sintoma, transferência, atos falhos e sonhos. Porém, por várias vezes, nessa tentativa, Freud se deparou com a resistência como impedimento do tratamento e da associação livre de ideias. As diversas formas que a resistência se manifestava serviram para indicar vias privilegiadas de satisfação pulsional. Nesse sentido ele percebeu um jogo de forças no aparelho psíquico que dificultavam ou facilitavam essas vias.

O trabalho de Freud enfrentou diferentes obstáculos, como oposições teóricas de médicos e psicólogos já que suas considerações sobre o aparato psíquico eram novas. Podemos perceber que sua preocupação era transmitir a psicanálise e a forma como esse trabalho clínico pudesse ser realizado, além de apresentar as dificuldades em conduzir o tratamento das doenças psíquicas e em descrever como os casos foram conduzidos. Encontramos, por toda sua obra, muitos textos¹ nos quais Freud se dedicou a fazer

¹ Em todos esses textos, Freud acrescenta comentários de casos clínicos como forma de exemplificar o argumento teórico que estava elaborando. Porém, podemos localizar outros textos dedicados a uma análise detalhada da construção do tratamento e da resolução do sintoma, por exemplo, em: *Estudos sobre Histeria* (1893[1895]/1996), *Fragmento da Análise de um caso de histeria* (1905[1901]/1996), *Análise de uma fobia em um menino de cinco anos* (1909/1996) e *História de uma neurose infantil* (1918/1996).

estudos de casos e determinar como estes tiveram seus desfechos. No entanto, esses relatos são feitos do ponto de vista da transferência, em que cada sujeito apresentou uma resolução diferente para o tratamento. Além de apresentar alguns relatos de sonhos e queixas que possibilitaram interpretações e foram importantes para mudanças percebidas no tratamento, apresentou também pontos da vida do sujeito que foram determinantes na condução dos casos. Porém, era necessário ainda fazer considerações mais gerais que poderiam ser aplicadas a outros tratamentos. Isso era necessário para a transmissão da psicanálise para outros que tinham a pretensão de trabalhar com ela.

Apesar de Freud fazer recomendações àqueles que exercem a psicanálise em toda década de 10 do século XX, ele não as estabeleceu como regras fixas de conduta dos analistas. No entanto, não as especificou como padrão a ser seguido, como podemos ver no texto *Recomendações aos médicos que exercem psicanálise* (Freud, 1912a/1996). Nesse texto, Freud enumerou questões que são relevantes de serem consideradas durante qualquer tratamento: por exemplo, o tempo de cada sessão e o dinheiro a ser pago por cada uma delas. Ele destacou que a idade da pessoa e sua classe social podem ser fatores que dificultam o tratamento, sendo elementos que poderiam se colocar como dificuldade e empecilho para ele. Mas isso é tão somente, como o próprio Freud diz, o seu modo de fazer e pensar, e não uma regra a ser aplicada em todos os casos. As dificuldades do trabalho clínico podem ser várias e o analista deve estar preparado para enfrentá-las à sua maneira.

Percebemos com Freud que suas recomendações partem de alguns elementos fundamentais para o trabalho. A transferência é um exemplo de uma das condições necessárias à realização do trabalho psicanalítico. São conceitos operadores na clínica, que estruturam uma teoria e fazem o trabalho da psicanálise ser diferente de qualquer outra prática clínica. Outros operadores na clínica são o tempo e o dinheiro, ou seja, questões presentes em todos os atendimentos, mas que possibilitam o surgimento do sujeito em cada um deles. É importante destacar que os princípios técnicos da psicanálise e sua regra fundamental não engessam a atuação do analista, nem mesmo o processo psicanalítico.

Temos que a única regra da psicanálise é a associação livre de ideias e que tem como contrapartida a atenção flutuante do analista. A associação livre é um pedido para que o sujeito busque uma fala livre, sem priorizar qualquer pensamento específico. Algumas tentativas de regulamentação da psicanálise e da condução do tratamento podem entrar em desacordo com os conceitos e princípios fundamentais elaborados por

Freud. Nesse sentido, apresentamos que a tentativa de estabelecer regras fixas e rígidas para o dispositivo clínico, fundado por Freud, configura-se como um erro, pois não é isso que ele estava propondo, mas ao contrário, sugeriu que suas especificações técnicas, de certa forma, estivessem abertas a cada caso.

Freud (1937a/1996) estabeleceu o que chamamos de operadores clínicos que podem ser manejados a cada caso. E isso é uma das formas de vencer as resistências. O tempo é um desses operadores por meio dos quais alguma mudança clínica pode ser percebida se o manipularmos de modo estratégico no decorrer dos tratamentos. Para discutir esse assunto, Freud (1937a/1996) partiu dos seguintes questionamentos em *Análise terminável e interminável*: quanto tempo duraria uma análise? Quanto tempo leva para que um paciente seja curado? Como acelerar o tratamento para que este chegue ao seu fim?

Para exemplificar essa manipulação do tempo de análise, Freud retomou a análise de um caso de fobia. Ao apresentar mais uma vez o caso do Homem dos Lobos, no qual percebeu que o tratamento parecia “inibir-se a si próprio” (1937a/1996, p. 232), usou o tempo como um dos elementos que podem ser usados visando mudanças no modo de satisfação pulsional e no vencimento das resistências. Mesmo considerando que não há meios de garantir que a análise seja realizada em tempo correto estabelecido pelo analista, Freud, nesse caso, avisou ao paciente que ele teria apenas mais um ano de tratamento. Ao utilizar-se de um tempo previamente determinado para o fim do tratamento, o qual foi estabelecido por Freud e comunicado ao paciente, este passou a ter lembranças necessárias para o desfecho do tratamento.

Conforme Quinet (1991) e Soller (1995) ressaltam, podemos pensar a psicanálise como uma estrutura a partir de suas técnicas que viabilizam o trabalho na clínica na qual se incluem elementos. No entanto, tais técnicas podem e devem estar abertas a variáveis. Chamemos esses operadores da clínica de condições de análise.

As condições são pontos da teoria que permitem uma base firme sobre a qual será realizado o trabalho do psicanalista, como por exemplo, o conceito de transferência e a noção de tempo. Queremos destacar que nessas condições se incluem os elementos variáveis que serão apresentados por cada sujeito que busca análise.

Em decorrência do conceito de inconsciente, fundante da teoria psicanalítica, essas condições da análise são elementos variáveis da estrutura e que se modificam a cada caso, impossibilitando o estabelecimento de um tratamento padrão para todos os casos. Queremos destacar, agora, a postulação do conceito de inconsciente como

fundador da psicanálise como prática clínica diferente do que havia sendo feito até o momento. A partir da consideração de que existem processos psíquicos distintos da consciência, o tratamento proposto não poderia se pautar apenas naqueles que se manifestam à consciência. No tratamento deve estar incluída a análise dos pensamentos que não chegam à consciência do sujeito.

Em *As quatro mais uma condições de análise*, Quinet (1991) afirma que essas condições e elementos variáveis são: o tratamento de ensaio (ou entrevistas preliminares), a questão do tempo e do dinheiro e o uso do divã. Esse autor destaca que essas são condições e não regras fixas e determinadas para o trabalho da psicanálise, e que podemos localizar a associação livre como a sua única regra fundamental. Essa regra compete apenas ao sujeito. Em contrapartida à regra fundamental, o analista deve estar atento à atenção flutuante, que não é colocada como uma regra do tratamento. Quinet (1991) ressalta que ao analista cabe sua ética regida pelo desejo do analista.

Ao contrário desse movimento no qual se estabelece condições de análise abertas ao surgimento das singularidades, há uma tentativa da International Psychoanalyse Association (IPA) em estabelecer um padrão para essas condições de análise, em forma de regras fixas. Isso se configura como um erro, um equívoco do analista em relação ao trabalho proposto desde Freud. Quinet (1991) afirma ainda que “recolocar essas regras impostas no âmbito de condições é submeter o dispositivo analítico à experiência do inconsciente e à particularidade de cada análise, e até mesmo de cada sessão” (p. 12). A regra fundamental e o conceito de inconsciente são abordados por esse autor para contrapor aquilo que ele chama de condição de análise, que deve estar aberto para a singularidade de cada tratamento. São condições dadas pela situação do paciente, sobre a qual o tratamento pode operar. No entanto, não podem ter um padrão que se aplique a todos os atendimentos.

Sobre a ética do analista, sobre a qual este fundamenta seu trabalho, Quinet (1991) afirma: “trata-se de conferir na experiência analítica o quanto essas condições são determinadas pelos próprios fundamentos da psicanálise” (p. 12). Dentre esses fundamentos está o conceito de inconsciente. Nesse sentido, localizamos essas condições da psicanálise que são consideradas variáveis dentro do tratamento por não poderem ser estabelecidas como regras ou por meio de um padrão geral e anterior ao início de trabalho com cada sujeito, mas sim, pela manifestação de pensamentos inconscientes.

As condições são variáveis, pois permitem ser manejadas no caso a caso. Isto é, as variáveis, apesar de não serem colocadas dentro de um padrão, são possíveis que, depois de decorrido um tempo de análise, o analista perceba singularidades no funcionamento subjetivo, ou melhor, singular de cada sujeito. As condições para uma análise variam de acordo com o sujeito, por isso são consideradas variáveis do tratamento. Nesse sentido, elas não podem ser deixadas sem nenhum tipo de especificação, já que, apesar de serem variáveis, elas são condições, ou seja, é importante que sejam esclarecidas, só que depois de o tratamento já ter sido iniciado ou até mesmo já ter terminado. Isso deve ser feito pelo analista em forma de estudo de caso. Essa discussão é de extrema importância para o tratamento, pois se refere aos detalhes de cada caso, que influenciam na abordagem que será dada pelo analista quando o sujeito aparecer com uma demanda de análise.

O aspecto singular do tratamento psicanalítico está relacionado ao sujeito e à sua história de vida. O enfrentamento da resistência pode acontecer quando o analista maneja as condições de análise, evidenciando o aspecto singular nessas condições. Percebemos até então que, apesar da resistência, o tratamento ocorre por causa de um representante encarnado pelo analista e que pertence à lógica de satisfação sexual infantil do sujeito. Depois de instaurada a transferência, o analista poderá, pelo manejo da transferência, conduzir um tratamento de modo a decifrar qual desejo está em jogo no sofrimento do sujeito. Para o tratamento, o analista ainda pode contar com a interpretação e com a construção em análise, que tem na resistência transferencial um bom indício para essa interpolação.

A singularidade do caso se estende nas manifestações psíquicas, que serão suscitadas pela transferência, a partir do privilégio que as instâncias psíquicas possuem como fonte de produção dos representantes psíquicos do modo como o recalado retorne. Discutiremos em seguida, no capítulo terceiro, que a resistência ainda pode impedir o tratamento por meio de uma defesa exacerbada das satisfações inconscientes, pois ela defende a formação sintomática.

CAPÍTULO 3

A RESISTÊNCIA E O SINTOMA

A) Introdução

Até o presente momento, discutimos como a resistência pode se manifestar a partir da transferência. A resistência se refere a diferentes impasses na clínica que impedem o tratamento de ocorrer. Vimos que o analista irá se deparar com momentos do tratamento nos quais o sujeito não apresenta mudanças e nem mesmo novidades em sua associação livre. Discutiremos neste capítulo que, em decorrência da resistência, o sujeito permanece em uma posição da qual reclama, pois a presença do sintoma implica muito gasto de energia para o sujeito. Assim, não se implicando no sintoma, o sujeito recorre à repetição, uma conduta que é resultante de uma deformação imposta pelo recalque aos representantes pulsionais. Isto é, o sujeito não abandona seu sintoma e continua a apresentar forte sofrimento psíquico.

No texto *A dinâmica da transferência* (Freud, 1912b/1996), mostramos como a transferência, atualização de um conflito pulsional que possibilita o trabalho de análise, pode servir à resistência e se impor como obstáculo no decorrer do processo de tratamento. Nesse sentido, situamos que a transferência também pode ser uma resistência, ou seja, o ponto em que a análise torna-se impedida. A transferência é vista como o enlaçamento pulsional que oferece condições ao processo clínico a partir da atualização de uma satisfação infantil que envolve o amor e o ódio. Consideramo-la como um conceito paradoxal, pois, pelo mesmo motivo que se torna condição de análise, pode tornar-se impedimento desta, chamada de resistência transferencial.

As resistências enfrentadas por Freud não foram poucas. As mudanças que realizou até o estabelecimento da regra fundamental da psicanálise e o obstáculo colocado pela transferência não foram os únicos caminhos nos quais encontrou impedimentos na realização do trabalho. Freud percebeu, por diversas vezes, que o estado de sofrimento psíquico de seus pacientes insistia e nenhuma mudança no quadro clínico era percebida, mesmo conduzindo o tratamento da maneira que achava necessária. Outras vezes, alguns avanços eram identificados, mas o paciente logo fazia algo para se afastar do tratamento, e assim sua doença reincidia. Esses fatos faziam Freud rever suas conclusões sobre a técnica proposta e sobre os princípios de funcionamento psíquico.

Percebemos que a resistência estava presente nas formulações de Freud sobre o funcionamento do aparelho psíquico postulado pela primeira tópica. Nas primeiras duas décadas de trabalho de transmissão da psicanálise, Freud apresentou o psiquismo dividido entre três sistemas: consciente, pré-consciente e inconsciente. Essa formulação foi possível porque as resistências eram percebidas como uma força que impedia os representantes da pulsão de chegarem até ao consciente. Ou seja, Freud percebeu a existência de uma censura que era imposta aos representantes do inconsciente que pretendiam passar ao consciente. Além disso, uma força mais branda presente no pré-consciente impedia, de um modo mais fraco, a manifestação dos representantes na consciência.

Além dessa censura, os sistemas psíquicos eram possíveis de serem identificados por causa dos processos primário e secundário. Os representantes eram organizados por uma lógica específica que, quando chegavam à consciência, podiam ser identificados à quais sistemas pertenciam. Tais processos indicavam o funcionamento de dois princípios no aparelho psíquico: o princípio de prazer e o princípio de realidade. O princípio de prazer visava a descarga de energia, porque o acúmulo desta geraria desprazer ao aparelho. O princípio de realidade era uma maneira de estender o princípio de prazer, só que, agora, modificando a realidade para se obter a descarga energética.

Com os sonhos traumáticos e as neuroses de guerra, o princípio de prazer passou a ser questionado, porque a descarga de energia gerava desprazer. No entanto, ao identificar uma força que obrigava a energia libidinal a se vincular com representantes específicos, no caso desprazerosos, Freud percebeu uma força não apenas entre os sistemas, mas, ainda, forças que faziam com que certos representantes insistissem em se manifestar na consciência. Ele chamou essa força de resistência, porém, resistência não mais entre os sistemas, mas sim, entre representantes pulsionais. Desse modo, pôde postular as instâncias psíquicas Eu, Supereu e Isso a partir da identificação de uma resistência à livre manifestação dos representantes psíquicos na consciência.

Não podemos pensar que qualquer dificuldade encontrada era digna de fazer com que Freud modificasse toda sua teoria. Seu extenso trabalho clínico proporcionou bastante material para que pudesse discernir um caso clínico estruturante de uma mudança, além de considerar outros atendimentos, a fim de propor uma possível reformulação da teoria ou dos procedimentos adotados. As formulações teóricas feitas eram extraídas do modo como o tratamento se desenrolava.

Ele percebeu que havia uma forte insistência do sintoma em seus pacientes. Uma vez eliminado o sintoma de seu paciente, este poderia apresentar em outras épocas um novo quadro patológico, sendo que concluiu que eram as resistências que impediam a mudança no estado de sofrimento do sujeito. Nesses casos, as manifestações patológicas, a que foi eliminada e a recorrente, possuíam a mesma raiz etiológica. A resistência estaria agindo para que a disposição pulsional assumida na formação do sintoma em decorrência do recalque fosse mantida.

Dessa forma, neste terceiro capítulo, descreveremos mais um modo que a resistência pode assumir em defesa do sintoma, formado pelo conflito entre as exigências pulsionais que forçam um caminho para satisfação por meio da instância psíquica Eu. Se a exigência pulsional entrar em desacordo com a constituição do Eu, ela precisará traçar outras vias para satisfazer-se. Nesse conflito, a pulsão precisa encontrar vias para obter satisfação que não entrem em desacordo com o Eu. Assim, a pulsão consegue, por meio da regressão, traçar suas vias substitutivas, apoiando-se em pontos de fixação, apesar das imposições e proibições colocadas pela instância psíquica Eu.

Essa via de satisfação pulsional substitutiva é o sintoma, uma rede altamente complexa em sua formação, que ocorre mediante uma alteração nos representantes. A satisfação pulsional torna-se impedida pelo recalque. Assim, ela precisa passar pela regressão e investir pontos de fixação estabelecidos pelo recalque. A formação de uma satisfação substitutiva usa recursos além daqueles presentes na própria constituição do sintoma. São outros modos circunscritos como o *ganho da doença*. Os atendimentos realizados por Freud permitiram que ele percebesse que o tratamento proposto não poderia ter como objetivo o embate direto contra o sintoma. Ele percebeu que precisava enfrentar as defesas erguidas para protegê-lo e chamou-as de *resistência do ganho da doença*.

Portanto, para percorrermos um pouco mais o caminho feito por Freud na construção do conceito de resistência, impedimento do tratamento psicanalítico, buscaremos esclarecer, neste capítulo, primeiramente, a formação do sintoma pela *regressão* a pontos de *fixação* e, depois, apresentaremos a formação de uma via de satisfação independente do sintoma. Essa via irá servir como auxílio para que o sintoma se mantenha como um caminho de satisfação pulsional utilizado compulsivamente. Essa outra formação diferente do sintoma é chamada de resistência do ganho da doença. O embate direto com o sintoma é impossível por causa dessas resistências. Porém, o analista pode utilizar-se de recursos como a interpretação e a construção em análise para

desfazer a formação sintomática e até mesmo enfrentar as resistências. No entanto, esses recursos se tornam insuficientes no embate contra a resistência, porque a resistência do ganho da doença não se estrutura a partir do retorno do recalado. Nesse momento, vemos ressoar na investigação sobre a resistência as considerações de Lacan sobre o Simbólico, Real e Imaginário. Discutiremos melhor a implicação desses campos na construção do conceito de resistência na conclusão dessa dissertação. Pontuaremos, ainda no capítulo terceiro, como alguns analistas, não entendendo a formação sintomática dessa maneira, se afastaram da proposta clínica psicanalítica.

Cabe-nos destacar que, ao falarmos de um momento da formação do sintoma, não estamos nos referindo à possibilidade de que ele surja em um só instante, ou seja, ele não pode ser localizado em um tempo exato ou em uma situação específica que deflagrou a formação do compromisso pulsional sintomático. Não basta que o sujeito no tratamento psicanalítico busque um relato de situações que remetam à origem da doença, nem mesmo que ele se envolva na tentativa de revivê-lo para que o sintoma deixe de existir, pois é necessário também saber de que forma os representantes pulsionais se formaram e como se formaram a ponto de possibilitar sua manutenção ao longo do tempo.

B) Análise terminável e interminável

Podemos notar que a especificação de Freud sobre o conceito de resistência é formulá-lo como um obstáculo do tratamento, ou seja, momento em que a análise e a associação livre tornam-se impedidas. Desse modo, o sujeito apresenta insistentemente o mesmo padrão de satisfação pulsional resultante de um modo de enlaçamento sintomático. Tal satisfação pulsional exige muito gasto de energia para manter-se. Como vimos no capítulo anterior, a resistência pode se manifestar por meio de cinco diferentes configurações auxiliadas pelas formações psíquicas. Essas resistências são possíveis de serem identificadas a partir de alguns elementos repetitivos da fala do sujeito em análise. Além da transferência e das instâncias psíquicas, a resistência também pode ser identificada junto ao sintoma por meio do ganho da doença.

Precisamos mostrar como ocorre a formação sintomática e o modo como a resistência se vincula ao ganho da doença, colocando-se como obstáculo ao tratamento. Iniciaremos esta discussão, utilizando o texto *Análise terminável e interminável* (1937a/1996), no qual Freud debate sobre quando se encerra o processo analítico, ou seja, sobre o fim do tratamento e sobre a possibilidade de acelerar ou encurtar seu

tempo de duração. Ao afirmar que o fim da análise ocorre quando analista e analisando param de se encontrar, ele complementa a afirmação, dizendo que isso não é tão simples quanto parece, pois, para que isso aconteça, é necessário que algumas condições do trabalho tenham sido alcançadas. Apesar de iniciar seu texto com essa questão sobre o tempo de duração da análise, ele preferiu deslocar sua discussão para os objetivos do trabalho psicanalítico. Estes se referem ao modo como consideramos que a análise alcançou sucesso na resolução do sintoma. Freud ainda analisou por quanto tempo os efeitos decorrentes da análise se manteriam.

Nesse sentido, entendemos que o objetivo da análise, ao ser discutido por Freud nesse momento, se refere aos efeitos do tratamento sobre o sintoma. As condições necessárias para que o tratamento psicanalítico tenha chegado ao seu fim são: as resistências terem sido vencidas, as inibições e as angústias superadas e, ainda, as lacunas de memória preenchidas. Isso significa um trabalho nada fácil ou simples para a psicanálise. Além disso, Freud as considera como pretensões bastante audaciosas para o trabalho psicanalítico e faz questão de se questionar se tais condições já foram atingidas em algum momento em casos atendidos durante seu trabalho na clínica. Ainda se questiona por quanto tempo esses efeitos, tendo sido alcançados, persistem na vida do sujeito.

É como se fosse possível, por meio da análise, chegar a um nível de normalidade psíquica absoluta – um nível, ademais, em relação ao qual pudéssemos confiar em que seria capaz de permanecer estável, tal como se, talvez, tivéssemos alcançado êxito em solucionar todos os recalques do paciente e em preencher todas as lacunas em sua lembrança (Freud, 1937a/1996, p. 235).

Freud foi buscar casos antigos para essa discussão e verificar se os efeitos do tratamento persistiram, ou seja, se os pacientes puderam ter uma vida sem tanto sofrimento. Ao tentar situar como as mudanças em relação à doença se mantiveram, depois de anos terem se passado desde o término dos atendimentos, percebeu que em muitos casos outro quadro patológico pode ser identificado depois que o tratamento teve seu fim. A transferência nesses casos foi ressaltada, pois, estando o paciente há muito afastado do trabalho psicanalítico, Freud, como analista, não poderia mais garantir que algum acontecimento na vida desses pacientes não fosse capaz de suscitar alguma mudança naquilo que foi conseguido por meio da psicanálise como resultado

sobre o sofrimento. Como consequência desse afastamento, os efeitos obtidos por meio da transferência poderiam ter se perdido.

No entanto, o sucesso ou não da análise não depende apenas da transferência. Segundo Freud, existem vários fatores presentes no tratamento e fora dele, que funcionam como determinantes do sucesso do desenlace sintomático. As mudanças a serem atingidas são em relação à resistência, ao sintoma, à angústia e às lacunas de memória. Em relação ao sintoma, podemos afirmar que o tratamento psicanalítico não consiste simplesmente em sua eliminação, pois isso resultaria apenas em formação de outros sintomas. Consideremos que a formação sintomática é uma substituição dos representantes pulsionais envolvidos em uma satisfação. Dessa forma a decifração do sintoma está no trabalho exigido ao sujeito no decorrer da análise em enfrentar as satisfações pulsionais que haviam sido proibidas e promover uma mudança de posicionamento frente a estas. Com isso, o sujeito não irá demandar do analista uma resposta e poderá ter uma saída do conflito pulsional que não seja pela angústia nem pelo sintoma.

Freud (1937a/1996) ressaltou que essas vias traçadas pela pulsão para que a satisfação aconteça por meio de um sintoma também estão presentes em uma pessoa normal, isto é, presentes para alguém que não apresente nenhuma doença psíquica. No entanto, para que não consideremos que qualquer pessoa está doente, precisamos determinar qual seria a diferença na escolha dos caminhos pulsionais na doença e na vida psíquica normal. Para esta discussão, apresentaremos os caminhos tomados pela pulsão e que resultam em uma formação sintomática. Esses caminhos possuem duas características: regressão e fixação, que explicaremos a partir de agora.

Para Freud (1937a/1996), a etiologia da doença neurótica está relacionada a dois fatores, ou seja, a formação do sintoma possui uma etiologia mista, ligada a um fator constitucional e a um fator acidental. O primeiro fator se vincula ao trauma infantil, decorrente de uma situação em que o Eu não tinha condições de dominar pulsões muito fortes que exigiam satisfação, e o outro fator, o acidental, é atualizado na transferência e se apresenta a partir de elementos que incluem o analista. Ou seja, é em decorrência da atualização do trauma infantil na transferência com o analista que a neurose pode ser analisada, pois esta fornece elementos atuais ao trauma infantil. Os representantes pulsionais infantis passam a se articular numa cadeia significativa que inclui o analista na transferência.

No que diz respeito à doença neurótica e seu fator constitucional, precisamos retomar alguns pontos da constituição do aparato psíquico. A pulsão exige satisfação por meio de objetos. Quando estes não estão disponíveis para a satisfação, o Eu se identifica com esses objetos que proporcionaram satisfação para a libido. Com essa frustração da pulsão, o Eu se coloca como objeto, pela *identificação*, permitindo um enlaçamento pulsional para a satisfação acontecer. Nesse sentido, com a ausência de um objeto para a pulsão, ela necessita criar uma forma de se satisfazer. Para isso, utiliza o Eu, que assumiu um traço daquele.

“Já sabemos que os sintomas neuróticos são resultado de um conflito, e que este surge em virtude de um novo método de satisfazer a libido” (Freud, 1917/1996, p. 162). Como os objetos da satisfação pulsional são vários e com características até mesmo antagônicas, algumas identificações do Eu podem entrar em desacordo e devem ser rechaçadas, e assim são submetidas ao recalque. Como sabemos, esse mecanismo de defesa não faz com que a exigência pulsional seja eliminada; pelo contrário, ela permanece com sua força, só que agora é inconsciente. Os representantes pulsionais que foram recalcados não estarão disponíveis para satisfazer a exigência pulsional que agora está ativa no inconsciente e tenta uma via de representação consciente. Isto é, a pulsão, ao buscar satisfação, não encontrará o objeto pulsional disponível. Se a identificação egoica também se tornar recalçada em decorrência de algum conflito entre as identificações e estiver submetida ao recalque, a pulsão terá que buscar caminhos novos para se satisfazer.

Nesse sentido, a libido encontra-se impedida de se manifestar na consciência, pois está em desacordo com o Eu. Então, ela precisa buscar novos caminhos para chegar à tão almejada satisfação. A libido não pode se satisfazer porque ela está em desacordo com as exigências estabelecidas pelo Eu durante seu desenvolvimento, com o princípio de prazer, por isso encontra apenas a via da regressão como possibilidade de satisfação. O Eu possui controle sobre os representantes que podem chegar à consciência, sobre a inervação motora e, conseqüentemente, a realização dos votos. Dessa forma, se a regressão não estiver segundo seus parâmetros, seguir-se-á o conflito psíquico.

A pulsão encontra apenas a via da regressão para se satisfazer, pois não possui acesso a representantes na consciência e, assim, não encontra satisfação pelo mundo externo por meio da realidade. Desse modo, a pulsão baseia-se em pontos de fixação que havia deixado em outros momentos do seu percurso. Esses pontos de fixação foram

estabelecidos por meio do recalque, sendo que, ao contar com o investimento proveniente da regressão, esses representantes pulsionais encontram-se em uma configuração muito específica, pois passam a ser investidos com um acréscimo de libido. A fixação passa a apresentar maior quantidade de energia, podendo ser percebida como desprazer pelo princípio de prazer. Percebemos que mesmo a formação substitutiva para a pulsão poderá ser impedida por proporcionar desprazer para o sujeito. Esse desprazer e o excesso de libido são o sintoma.

Retomando os aspectos que nos permitem considerar uma análise bem-sucedida, percebemos que o fator traumático ou constitucional é o mais importante para identificarmos o desfecho. De que forma a análise realiza uma ação sobre esse fator? O fator atual fica a cargo da transferência e no manejo desta pelo analista no decorrer do processo de tratamento. Segundo Freud, o fator constitucional pode ser abordado no processo analítico, pois este fornece recursos para que o Eu possa lidar de maneira diferente com as pulsões ao invés de se utilizar das mesmas vias traçadas na infância. A pulsão que o Eu precisou enfrentar precocemente e não tinha muitos recursos apenas teve que mudar de representantes e se ligar a outros para poder manter-se como uma via de satisfação. Essa via criada, que manteve a satisfação infantil ativa, é obtusa e cheia de variações e estratégias para permanecer como um caminho de satisfação pulsional privilegiado, como a *formação do sintoma*.

Ambos os fatores, constitucionais e atuais, influenciam concomitantemente no tratamento da neurose e no possível sucesso do processo de tratamento. Freud (1937a/1996) não deixa de se perguntar quais seriam os fatores que determinam o desfecho favorável do processo de análise e que promovam uma mudança no estado de sofrimento psíquico, no qual o sujeito se encontram ao procurar tratamento. Apesar de não conseguir precisar exatamente um fator que seja decisivo no processo de análise, Freud analisa como ocorreram o fim do sofrimento do sujeito e a eliminação do seu sintoma por meio da transferência.

Quanto ao trabalho do analista, este pode agir e se utilizar de representantes atualizados pela transferência, e assim ele estará atuando por meio do fator acidental. Nesse sentido, as fixações que receberão uma carga a mais de investimento pela regressão da libido poderão ser identificadas pelo analista, pois terão representantes já sobreinvestidos e afetos, que também serão suscitados pela neurose de transferência. A participação do analista nessa formação sintomática atualizada na transferência permite que no tratamento ele possa se valer de representantes para provocar um fluidez de

energia na cadeia psíquica apresentada. Quando o analista propõe como caminho de trabalho a associação livre, o sujeito poderá liberar, por meio da sua fala e dos afetos suscitados durante o tratamento, certa quantidade de energia libidinal que está investida de modo excessivo em alguns representantes. Dessa forma, irá dispersar a energia por outros representantes e deixará de provocar desprazer por causa do excesso libidinal proveniente da regressão.

É interessante destacar, neste momento, que Freud utilizou, nas considerações sobre o conceito de resistência, diversos termos bélicos. Seguindo o mesmo caminho, como pretendemos, não podemos deixar de nos remeter a um campo de batalhas nesta discussão, principalmente porque Freud ressaltou que o fator quantitativo é o mais importante quando percebemos as resistências atuando no tratamento. Ao enfrentarmos as resistências durante o tratamento clínico, temos que o conflito pulsional deve estar presente e, ainda, faz-se necessário. Ou seja, ao tratarmos de algo que resiste à outra coisa, estamos nos referindo a uma situação de conflito, de embate, só que, nesse caso, trata-se de uma guerra pulsional.

Como vimos, a formação sintomática é criada porque a pulsão exige satisfação, mas os objetos que seriam responsáveis por isso estão submetidos ao recalque. Dessa forma, a pulsão se satisfaz por outras vias, que, quando impedidas de se expressarem, passam por transformação, mais uma vez, e quantas vezes mais forem necessárias. Nesse sentido, a psicanálise não se preocupa com o enfrentamento direto do sintoma visando sua eliminação porque sabe que este envolve uma satisfação inconsciente, a qual se realiza de maneiras diferentes ao longo do tempo, ou seja, por uma via de representante difusa. O enfrentamento direto dessa via não traria muitos resultados para o tratamento, já que a pulsão que está ativa nesse tipo de satisfação está escondida nas tramas de representantes formadas pelo sintoma.

Assim, percebemos que a solução encontrada pelo aparelho psíquico não resolveu muito bem a situação da exigência pulsional. O recalque impediu uma via de satisfação. No entanto, o representante pulsional recalcado continuou a exigir satisfação e o aparelho psíquico conseguiu formar um sintoma, que busca pela regressão e pela fixação uma opção de satisfação. Porém, não consegue escapar ao princípio de prazer, pois ainda destina grande quantidade de investimento libidinal aos representantes da fixação, dando um excesso libidinal apenas para certos representantes pulsionais. Com isso, o sofrimento do sujeito continua presente.

Como entender qual é a proposta de trabalho psicanalítico? Freud afirmou que o objetivo da análise consiste em fazer com que o Eu não seja tão vulnerável a ponto de se deixar influenciar pela insistência pulsional. Tal objetivo depende da força do Eu decorrente de sua constituição e da pulsão, o que evidencia a influência do fator quantitativo na causação da doença e a presença de um conflito entre essas forças. A análise permitiria ao Eu rever seus antigos representantes fixados pelo recalque e pode diminuir as influências desse mecanismo pulsional na escolha de seus representantes.

No texto *Análise terminável e interminável* (1937a/1996), Freud se pergunta sobre como se livrar ou até mesmo evitar o conflito entre a pulsão e o Eu. E ainda se pergunta se é possível que o analista ative alguns conflitos que estariam na iminência de acontecer. Ele ressalta que já está presente na transferência um conflito pulsional incluído na fantasia do sujeito. Ao analista, caberia falar ao paciente o conflito que está atuando ou aquele que está em vias de acontecer. No entanto, se ele fizer isso, nenhum efeito irá acontecer na análise. “Após tais esclarecimentos, as crianças (que de maneira análoga a outros pacientes) sabem algo que não conheciam antes, mas não fazem uso do novo conhecimento que lhes foi apresentado” (Freud, 1937a/1996, p. 250). Nesse caso, são as resistências que estão atuando e impedem que o sujeito, mesmo sabendo de qual tipo de satisfação está em jogo no seu sintoma, faça alguma coisa com esse conhecimento, como mudar de atitude.

Essa situação evidencia a força pulsional e a força das alterações que ocorreram no Eu tanto em sua constituição quanto no fator atual. Ambos influenciam no sucesso da análise, sendo que a força das alterações do Eu é resultado das exigências do Isso e do mundo externo, e que tem como referencial o princípio de prazer. Nesse sentido, o Eu, para se defender, utiliza o recalque, que lhe permite fugir da angústia e do desprazer. O recalque utiliza a censura para banir da consciência os representantes pulsionais que causam desprazer. No entanto, falha nessa tarefa.

C) Os indeterminantes do tratamento psicanalítico

De acordo com o princípio de prazer, o aparelho psíquico percebe como desprazer o excesso de energia. A regressão, que é necessária para que certos representantes pulsionais possam encontrar uma via de satisfação, faz com que fixações infantis recebam uma carga de energia proveniente de uma outra fonte, diferente daquela que foi precisa para fixar os representantes. Assim, temos que, em um primeiro momento, a libido se viu obrigada a buscar vias de satisfação que estavam de acordo

com as identificações do Eu em seu desenvolvimento. O aparelho psíquico teve que estabelecer o recalque como uma forma de evitar que as vias em desarmonia com a função egoica pudessem ser usadas. Em um segundo momento, quando a pulsão ainda exige satisfação mesmo com seus representantes recalcados, o sujeito se vê obrigado a, mais uma vez, ter que buscar rotas alternativas para obter uma satisfação. É justamente nessa segunda busca de satisfação que a libido encontra pela regressão pontos de fixação. Ao investi-los com essa libido, o aparelho psíquico capta um excesso pulsional, passando a percebê-lo como desprazer.

A análise visa levar o paciente a se recordar de certas experiências e dos afetos por ela invocados. A inibição de alguma função do Eu e o sintoma são substitutos daquilo que se esqueceu em decorrência do recalque. Em *Construções em análise* (1937b/1996), Freud destacou que, na análise, é importante que se tenha recordações de afetos e de experiências. Esses afetos são importantes porque são suscitados por causa da transferência. Quando o sujeito não recorda a experiência para falar em associação livre ao analista, ele passa a atualizar os afetos, ou seja, a direcionar ao analista alguns afetos. “A transferência favorece o retorno de conexões emocionais relacionadas às experiências esquecidas por causa do recalco” (Freud, 1937b/1996, p. 276).

Na análise, para que se cumpram os objetivos estabelecidos por Freud, temos alguns materiais que poderão auxiliar o sujeito a recordar aquilo que foi esquecido em decorrência do recalque: os sonhos, a associação livre e a repetição dos afetos. Os sonhos são formações derivadas do recalco e que tiveram que ser submetidos ao processo primário, o qual altera o material psíquico por meio da condensação e do deslocamento, conforme explicado no capítulo anterior. A associação livre apresentará uma cadeia de significantes encadeados na fala do sujeito, que, na tentativa de ser livre, encontra impedimentos provenientes da censura e dos mecanismos de defesa.

Ao analista, cabe interpretar, para tornar possível ao sujeito se posicionar sobre a responsabilidade que tem em relação à satisfação pulsional que está presente na formação sintomática, a qual está provocando desprazer e sofrimento psíquico. Esse trabalho é feito por meio da interpretação e das construções em análise. A interpretação é propiciada pela transferência. O analista não interpreta a transferência, e, sim, interpreta na transferência. Isto é, a interpretação tem como condição o laço pulsional formado entre ambos. As construções pertencem a um trabalho paralelo à interpretação e são feitas pelo analista e comunicadas ao paciente. São como um quadro construído

pelo analista e que tem como propósito a demonstração da cena fantasmática na qual o sujeito se encontra.

Tanto a interpretação como a construção visam surtir alguns efeitos no sujeito como algum questionamento em relação ao seu sintoma e ao seu desejo. O sujeito não se reconhece no seu sintoma, nos atos falhos e nos sonhos, porém ele precisa se responsabilizar por tais produções psíquicas. Esses efeitos esperados com a construção e com a interpretação apenas são possíveis em um segundo momento; ou seja, depois de percebida a reação do sujeito frente às comunicações realizadas pelo analista, em que se identifica ou não sua implicação.

Freud passou a fornecer indicações de como proceder nos atendimentos que tinham por base a psicanálise e a postulação sobre o conceito de inconsciente, por exemplo, em seu artigos sobre a técnica, os quais descrevem a técnica da psicanálise e como o analista deve conduzir seus atendimentos. Freud recomendou alguns procedimentos e desencorajou outros, sempre com a ressalva de que o analista é quem deve discernir sobre como proceder em cada caso. Nesse sentido, não podemos tomar suas palavras como determinações rígidas para psicanalistas agirem durante o trabalho clínico. Porém, alguns psicanalistas se afastaram muito do que era indicado por Freud.

Para Freud, a resistência é aquilo que impede o tratamento e que se apresenta por diferentes meios, não deixando com que uma alteração significativa na forma de satisfação pulsional ocorra. Nesse sentido, Freud percorreu algumas modalidades que poderiam impedir o desenrolar do tratamento, estabelecendo, a partir de sua metapsicologia, as diferentes configurações que o conceito de resistência pode assumir. Dessa forma, ele indica que o impedimento de uma mudança no estado de satisfação do sujeito pode ser remontada por diferentes configurações psíquicas.

Apesar de não poder estabelecer os determinantes do tratamento e que irão garantir seu sucesso, Freud em nenhum momento deixou de considerar quais fatores estão presentes e influentes na análise e que poderiam ser manipulados a ponto de evocarem diferentes consequências para a doença e para o estado de sofrimento do sujeito. Estamos considerando que a resistência configura-se como algo que impede o prosseguimento do tratamento, mas, por outro lado, existem fatores que, em muitos casos, facilitam uma mudança no quadro patológico e o prosseguimento da análise e da associação livre de ideias. Para além da discussão dos tratamentos que foram até seu desfecho, Freud se questiona se há um desfecho da análise e como é possível o reconhecimento dessa situação. Como vimos, para Freud, a análise não visa a

eliminação do sintoma nem do conflito pulsional. Cessar o conflito pulsional não é um fim a ser exigido do tratamento analítico, uma vez que é essa exigência, feita pelo princípio de prazer, que faz com que a satisfação pulsional encontre caminhos por vias substitutivas, ou seja, pela via do sintoma.

No entanto, essa constante e incessante insistência de satisfação pulsional que retorna até mesmo pela via do sintoma não precisa entrar em conflito com o Eu. As alterações no Eu não podem ser rígidas ou engessadas de modo que não se identifique nenhuma modificação diante das novas exigências, sejam estas pulsionais ou do mundo externo, do campo do Outro. Os modos como as instâncias psíquicas Eu e Isso se colocam como impedimento dessas mudanças pode ser resistência, a qual se trata não apenas da insistência dessas instâncias, mas também refere-se às diferentes formas que se fazem para que a repetição se mantenha. O tratamento, para Freud (1937a/1996): “Trata-se de uma questão das pulsões serem excessivamente fortes – o que equivale a dizer, recalcitrantes ao amansamento por parte do Eu – ou dos efeitos de traumas precoces (isto é, prematuros) que o Eu imaturo foi incapaz de dominar” (p. 236).

No texto *Análise terminável e interminável* (1937a/1996), Freud apresenta a discussão sobre quanto tempo levaria uma análise ou como acelerar o tratamento, principalmente, em decorrência do apelo dos norte-americanos¹ e de seus modos de exigirem que a terapia analítica fosse rápida. Sobre as formas que o sujeito tenta se livrar de seu sofrimento, temos que

os mecanismos de defesa servem ao propósito de manter afastados os perigos. Não se pode discutir que são bem-sucedidos nisso, e é de duvidar que o Eu pudesse passar inteiramente sem esses mecanismos durante seu desenvolvimento. Mas é certo também que eles próprios podem transformar-se em perigos (p. 253).

A análise, portanto, poderá oferecer recursos para que, através da fala, o Eu possa encontrar outras vias de satisfação que não sejam aquelas repetidas, mas, sim, aquelas que possam de fato servir para que haja uma descarga de libido. Essa pode deixar de ser feita em caminhos antigos que visavam esse esvaziamento pulsional, mas que nunca chegaram a alcançá-lo, pois realizavam um acúmulo de libido em pontos de fixação. No entanto, “a dificuldade da questão é que os mecanismos defensivos

¹ Não podemos esquecer que essa exigência americana é referida a um discurso hegemônico: o discurso capitalista.

dirigidos contra um perigo anterior reaparecem em análise como resistências contra o restabelecimento. Disso decorre que o Eu trata o próprio restabelecimento como um novo perigo” (Freud, 1937b/1996, p. 254). As defesas erguidas como resistência servem para manter a via de satisfação pulsional anterior, que já era uma defesa contra um estado de sofrimento psíquico. A defesa erguida e que resultou na formação do sintoma não é suficiente para manter afastado o desprazer. No entanto, o aparelho psíquico defende essa formação, acreditando que uma mudança nesse estado sintomático poderia acarretar um mal maior.

O trabalho do analista contra as resistências, como diz Freud (1937b/1996), não é apenas pela via da interpretação ou da construção, pois essas estratégias clínicas não são suficientes para modificar as vias de satisfação assumidas pelo Eu, mesmo que elas não mais estejam servindo ao objetivo inicial de ser uma defesa contra o desprazer. “Durante o trabalho sobre as resistências, o Eu se retrai – com maior ou menor grau de seriedade – do acordo com que a situação analítica se funda. Ele deixa de apoiar nossos esforços para revelar o Isso. Opõe-se a eles, desobedece à regra fundamental da análise e não permite que surjam novos derivados do recalçado” (Freud, 1937a/1996, p. 255). A resistência auxilia o mecanismo de defesa, pois ajuda a manter as vias de satisfação assumidas para se evitar o desprazer. No entanto, tal formação pode passar a causar sofrimento para o sujeito, pois exige muita energia libidinal para se manter.

Freud ressaltou que a decisão de término da análise e sobre quanto tempo levaria para o tratamento terminar deve estar a cargo do analista, sendo que a decisão sobre esse tempo não é possível de ser estabelecida como regra geral para todo e qualquer caso. No entanto, o analista deve estar atento para essa decisão, pois

tampouco se pode estabelecer qualquer regra geral quanto à ocasião correta para recorrermos a esse artifício compulsório; a decisão deve ser deixada ao tato do analista. Um erro de cálculo não pode ser retificado. O ditado de que o leão só salta uma vez deve ser aplicado aqui (Freud, 1937a/1996, p. 234).

Apesar dessas recomendações, ele afirma que a questão sobre quanto tempo leva para uma análise chegar a seu fim o leva para outra mais interessante, na qual se questiona sobre o que é o fim de uma análise. Ele se pergunta como seria um desfecho de uma análise, ou seja, questiona-se se seria realmente possível vencer todas as resistências, preencher as lacunas de memória, apagadas pelo recalque, e superar as inibições e angústias.

Essas dimensões do problema só podem estar referenciadas à clínica, pois indicam quais os efeitos esperados para o paciente em decorrência do tratamento e discutem sua capacidade de ter efeitos futuros e significativos no sujeito e no seu sintoma. Freud afirma que algumas questões feitas ao trabalho da psicanálise não são possíveis de serem respondidas; por exemplo, não há como garantir que “um tratamento bem sucedido protege o paciente que, em uma determinada ocasião foi curado, de cair doente mais tarde de outra neurose, ou na verdade de uma neurose derivada da mesma raiz pulsional” (Freud, 1937a/1996, p. 238). Apesar desses pontos indeterminantes no trabalho analítico, presume-se que possam ser feitas algumas considerações teóricas que esclareçam sobre a possibilidade de amenizar um conflito pulsional mediante um procedimento clínico psicanalítico.

Percebemos que Freud apresentou aquilo que é necessário para considerarmos uma análise bem-sucedida. Ele considera, ainda, a continuação da eficácia posterior: que sujeito e analista não precisam temer nenhuma repetição do processo patológico. Ao considerar os critérios determinantes para o fim da análise, Freud recorreu aos seus anos de trabalho para indagar sobre a possibilidade de esses critérios serem alcançados e afirmou que os analistas apresentam gratificantes sucessos em relação à cura dos pacientes e no alcance dos objetivos da análise, mas eles não podem estar certos sobre quais foram realmente os determinantes desse sucesso. Um desfecho bem-sucedido da análise seria o fim do conflito entre o Eu e a pulsão. Os mecanismos de defesa do Eu foram estabelecidos quando o Eu ainda possuía poucos recursos. Então, a defesa que foi erguida não é suficiente para defender-se das novas exigências. Na situação de análise, a força pulsional torna-se atuante, assim como o conflito entre os mecanismos de defesa do Eu e a pulsão.

O Eu se apresenta na tentativa de controlar as pulsões e atender às exigências do mundo externo, do campo do Outro. Dessa forma, o Eu, na defesa frente a essas influências, assumirá em sua formação, características vindas dessas diferentes fontes. As exigências feitas ao Eu, ao se tornarem mais fortes e consolidadas, com o tempo exigirão um grande dispêndio de energia para que possam ser mantidas. No decorrer do processo de desenvolvimento, o Eu torna-se exigente e passa a influenciar o mundo externo e as exigências que vêm do Isso. O Eu é regido pelo princípio de prazer que tende a manter a excitação ou a quantidade de energia em seu nível mais baixo, haja vista que esse aumento de energia é percebido como desprazer ao aparelho psíquico.

Nesse sentido, a resposta do Eu frente a essas exigências terá como bússola norteadora para suas escolhas o princípio de prazer.

Ao tentar agradar exigências tão distintas, o Eu passa por situações complicadas. Muitas vezes, estas entram em oposição com aquelas do mundo externo. Nesse sentido, o Eu se coloca em duas frentes de batalha, tentando agradar a ambas ao mesmo tempo: as exigências pulsionais e as do mundo externo. As insistentes e diferentes exigências devem ser controladas e apenas uma parte delas, aquela que não entra em desacordo com o Eu, pode ter expressão consciente. As tentativas de controle do Eu, ou seja, seus mecanismos de defesa erguidos contra as forças pulsionais e as do mundo externo, são assumidas e fortalecidas desde tenra infância pelo sujeito. Mesmo no sintoma, o Eu tenta se empenhar muito para manter esse estado de defesa assumido por ele. Mesmo que esse compromisso sintomático seja muito caro ao Eu, este buscará manter o estado de coisas, pois qualquer mudança na satisfação é considerada como uma ameaça.

É fácil, portanto, aceitar o fato, demonstrado pela experiência cotidiana, de que o resultado de um tratamento analítico depende essencialmente da força e da profundidade da raiz dessas resistências que ocasionam uma alteração do Eu. Mais uma vez nos confrontamos com a importância do fator quantitativo e mais uma vez somos lembrados de que a análise só pode valer-se de quantidades de energia definidas e limitadas que têm de ser medidas contra forças hostis. E aparece como se a vitória, de fato, via de regra esteja ao lado de grandes batalhões (Freud, 1937a/1996, p. 256).

No decorrer do tratamento, é a transferência que irá atuar e realizar a atualização de um conflito pulsional, no qual elementos que fazem referência ao analista passarão a dar uma nova configuração aos sintomas. A neurose de transferência e a formação sintomática passam a ser endereçadas ao analista. O término de análise é um termo ambicioso para Freud em decorrência da etiologia mista do conflito neurótico, pois as pulsões podem se tornar ativas a partir de elementos atuais, e assim atualizar conflitos e traumas precoces. Ele afirmou que não é possível dar garantias sobre o encerramento definitivo da doença. No entanto, é necessário que a doença e o sofrimento do sujeito tenham um término e que se alcance o que é proposto pela psicanálise.

Nesse sentido, ao localizarmos a etiologia da doença, torna-se necessário ver o que o analista deve fazer para direcionar o tratamento, estando as resistências em ação e tornando as construções e interpretações insuficientes para o trabalho. Quais seriam os passos a serem seguidos e que possibilitam a saída do sujeito de seu estado patológico?

Encontramos referências sobre o tratamento a partir de elementos fundamentais para a direção do tratamento, os quais não se configuram como determinantes ou regras fixas a serem cumpridas por todos os analistas em todos seus atendimentos, mas, sim, elementos que podem ser manejados no decorrer de cada caso, como discutimos no capítulo anterior.

Podemos perceber, com a discussão levantada por Freud em 1937, momentos finais de sua vida, que o trabalho com a psicanálise possui grandes dificuldades. Mesmo com as dificuldades e enfrentamentos teóricos e políticos contra a clínica, ele não deixou de propor a psicanálise como método (caminho) de tratamento do sofrimento psíquico. As dificuldades existentes no decorrer do tratamento se referem ao modo como o analista irá conduzir o trabalho clínico e enfrentar os casos de neurose, propondo um tratamento para o sujeito. Freud não deixou de modificar sua teoria ou sua intervenção, caso fosse necessário, por causa das dificuldades enfrentadas.

É desse mesmo modo que as resistências devem ser enfrentadas. Isto é, se as resistências são os pontos de obstáculo da teoria, aqueles que não deram certo ou os casos que não são modificados quanto à patologia. Devemos considerar ainda que as resistências estão presentes sempre a partir de um embate de forças, logo, podemos perceber qual a atitude esperada para que alguma coisa possa se modificar. A atitude esperada é de trabalho – seja o de transferência, seja a o do analista realizando um estudo de caso – e de não retrocesso frente aos obstáculos. Apesar da identificação de diferentes questões que pareçam sem solução para um psicanalista, por exemplo, quanto tempo dura uma análise ou como acelerar o processo, existem postulações que podem trazer auxílio para seu trabalho. Seguindo Freud, os psicanalistas não devem desconsiderar que seu trabalho deve se realizar apesar das dificuldades, ou seja, elas podem ser superadas, ou pelo menos as dificuldades podem se apresentar de modos diferentes durante o tratamento, sendo modificadas.

Podemos perceber que é exatamente nos pontos de impasse da teoria e do trabalho clínico que o analista pode propor uma mudança estratégica no tratamento, ou seja, é por meio das considerações acrescidas às dificuldades que o analista fará alterações na condução do tratamento. Se há questões colocadas e localizadas em um embate de forças, logo, podemos perceber momentos de alternância nas gradações dessas forças e variações que podem ir do mais para o menos. Com isso, queremos dizer que, pelo conflito, no mínimo é possível ver forças atuando, e, conseqüentemente, forças diferentes. Essa marca de uma diferença que é possível de ser situada como um

problema impossível de ser transposto, ou ainda uma resposta ou garantia em relação ao tratamento que não pode ser respondida, significa que, se situarmos esse obstáculo ou esse enodamento como resistência, ela poderá ser especificada a partir de um conflito e de um embate. Então, poderemos especificar as diferentes forças presentes nesse ponto de obstáculo.

Apesar da impossibilidade de traçar certezas antes que o tratamento aconteça, ao localizarmos esses obstáculos, podemos abordá-los como uma resistência. Nesse sentido, as forças em luta no conflito pulsional podem ser localizadas, quais são as mais fortes e quais as mais fracas e, ainda, qual o caminho que a pulsão escolheu para se satisfazer. A condução do tratamento, feita pelo do analista e possibilitada pela transferência, também pode ser abordada como resistência se este não se atentar às dificuldades e quiser recuar frente a elas. Essa resistência também está regida por um conflito, onde podem estar em jogo as forças estabelecidas para o analista pela satisfação pulsional. A abordagem da resistência apresentada pelo psicanalista desse modo deverá ser na sua própria análise. Não nos aprofundaremos na resistência do analista, pois esta dissertação apresenta as considerações de Freud, que abordou esse assunto apenas indiretamente.

Precisamos considerar que há algumas condições da análise, elementos que são necessários para o tratamento. Ao considerarmos esses elementos necessários, nós os implicamos como condições para o tratamento e, assim, o trabalho não acontece se eles não estiverem presentes e atuantes. As condições, portanto, são necessárias e indispensáveis para que o tratamento ocorra apesar de não poderem ser estabelecidas de maneira específica como regra ou padrão. As condições são manejáveis pelo analista porque são identificadas, mas não são determinadas de forma rígida a ponto de poderem ser determinadas antes que o caso se apresente para tratamento.

D) A resistência como obstáculo para a psicanálise

No mesmo sentido que as discussões de Freud sobre o sucesso ou não no tratamento psicanalítico, percebemos que também nos dias de hoje há uma busca por eficácia² e eficiência³ de vários outros tratamentos. Estas são condições exigidas a

² A eficácia é associada às expectativas sobre uma produção e seu produto final. Se afirmamos que há eficácia, verifica-se que os objetivos traçados foram alcançados.

³ A eficiência refere-se ao modo como ocorreu a produção. O que e como se fez para chegar a um produto são questões importantes a serem respondidas quando se questiona a eficiência.

qualquer intervenção clínica ou terapêutica em diferentes épocas. Podemos pensar que a exigência de resolução dos problemas do sujeito e a busca pela cura dos sintomas ainda estão presentes nos dias de hoje nas expectativas em relação à clínica de doenças psíquicas. Além disso, exige-se também que o investimento do sujeito para curar seu sintoma seja curto e barato.

Encontramos alguns artigos que apresentam pacientes que resistiam ao tratamento de sintomas obsessivos e de outras patologias e que, por isso, apresentavam resultados negativos de terapias e intervenções clínicas que se utilizavam de remédios. Como mais exemplos de uma abordagem de casos resistentes a tratamentos, encontramos a edição especial, número 23, da *Revista Brasileira de Psiquiatria* (2007). Nela, há uma discussão sobre os casos refratários e recorrentes na clínica psiquiátrica. Destaca-se que as mudanças no modelo assistencial dos doentes mentais e o grande arsenal de terapias e medicamentos presente hoje no mercado não serviram para impedir a existência de um grande número de casos em que o paciente não deixa de apresentar um quadro de doença mental. A cronicidade e a remissão da doença, segundo a *Revista Brasileira de Psiquiatria*, podem trazer as seguintes consequências:

- 1- aumento das chances de recaída;
- 2- prejuízos pessoais e sociais contínuos;
- 3- maior utilização dos serviços de saúde, com aumento dos custos sociais;
- 4- crescimento contínuo do risco de suicídio;
- 5- piora do prognóstico de outras condições médicas clínicas associadas.

De modo geral, os artigos dessa edição da revista de psiquiatria discutem alternativas de tratamento para esses casos em que não há uma redução do sintoma, além de buscarem os possíveis motivos que levaram à reincidência dos transtornos mentais. Os autores dos textos consideram importante a tentativa de reconhecer os fatores de risco para a insuficiência ou ausência de resposta frente aos sintomas psiquiátricos convencionais e a identificação de terapêuticas alternativas para esses casos. Todos os artigos dessa revista apresentam propostas medicamentosas para o transtorno. Eles buscam, em revisões bibliográficas, outros tratamentos para os transtornos, apesar de não encontrarem muitas saídas definitivas para a resolução de casos difíceis e que apresentavam alta reincidência de sintomas. E ainda mais, eles não buscam um tratamento que esteja fora da proposta de trabalho por meio apenas do uso de medicamentos alopáticos. No entanto, suas revisões apenas reformulam as bases

biológicas para o sintoma a partir de uma maioria estatística de casos que deixavam de apresentar um transtorno após o uso contínuo do remédio.

Ainda hoje, encontramos artigos que seguem uma problemática sobre a resistência. As discussões mais recentes colocam a resistência como obstáculo apresentado pelo sujeito na clínica, seja esta psicanalítica ou médica; além disso, situam o trabalho que é realizado no decorrer das sessões de atendimento. Em artigos publicados por associações de profissionais da medicina e da psicologia, por exemplo, Marchevsky (1985), Ferrão et al. (2007) e Ribeiro (2007), mostram casos em que a intervenção proposta para o paciente não teve êxito. Em outras palavras: nos casos apresentados por esses autores, apesar do trabalho proposto como terapia, os pacientes não tinham a esperada cura do seu sintoma ou qualquer outra mudança no quadro sintomatológico. Encontramos nesses artigos aquilo que faziam os médicos e psicólogos no decorrer do trabalho para que o paciente fosse curado. Contudo, seus pacientes não reagiam ao trabalho conforme esperado e, por isso, seus autores os apresentam como casos de resistência.

Percebemos que, embora a abordagem desses artigos sobre o tema da resistência ser de forma a considerá-la como *resistência à cura*, seus autores não deixam claro e detalhado quais os critérios que eles utilizam para definir esse estado em que o paciente é considerado curado. Tendo este sido submetido ao tratamento, eram exigidas a eliminação e a extinção de algum tipo de sintoma ou comportamento repetitivo do paciente. Apesar de não trabalharem pela perspectiva clínica da psicanálise, esses artigos se mostram interessantes para nós por trabalharem a partir da perspectiva do erro, pois eles abordam a resistência como a desistência ou evitação de um tratamento pelo sujeito, sendo que nenhum resultado clínico satisfatório é obtido.

Freud, por sua vez, também não mantém suas referências clínicas somente aos casos que foram bem-sucedidos. Ele discute amplamente os casos que não tiveram resultados favoráveis. Podemos dizer que ele prioriza uma investigação em que os pacientes estão sob resistência, pois, constantemente, busca investigar seus casos que deram errado, nos quais as expectativas de cura diante do tratamento não foram satisfeitas. Freud (1937a/1996) afirmou: “Em vez de indagar como se dá a cura pela análise (assunto que acho ter sido suficientemente elucidado), deveria se perguntar quais são os obstáculos que se colocam no caminho de tal cura” (p. 236).

As dificuldades encontradas no tratamento deveriam fazer com que o analista repensasse as diretrizes dadas a ele. E uma das maneiras de se estruturar esses fracassos

é em torno da noção de resistência. Pensá-la formalmente no sentido de extrair sua lógica no decorrer de um tratamento. Como em um tratamento, nós não temos somente o analisando, devemos pensar também sobre a responsabilidade do analista nesse processo. É uma orientação diferente à do psiquiatra quando o analista não estabelece os fracassos de um tratamento e as reincidências dos sintomas como um fator meramente biológico, uma vez que entram em jogo a noção de sujeito e a noção de uma ética do tratamento.

Alguns profissionais não se atentam para os pontos fundamentais do trabalho. Na história da psicanálise, encontramos os diversos dissidentes de Freud que discutiam a melhor forma de conduzir um tratamento. Esses autores, se não considerassem os conceitos psicanalíticos, não estavam atuando como psicanalistas. Muitos até mesmo usavam os termos que Freud usava. No entanto, se não se atentassem ao conceito e sua articulação dentro da prática psicanalítica, não podemos considerar que seja psicanálise. Esse problema foi discutido por Freud, em *Psicanálise selvagem* (1910/1996), quando criticou um médico por recomendar atividades sexuais ao seu paciente para curar-se de uma doença psíquica. Ele destacou como é importante que aqueles profissionais que afirmam ser psicanalistas devem ter atenção aos seus artigos e aos conceitos para se dizerem praticantes da psicanálise. Ele recriminou os médicos que leem seus artigos de modo superficial e passam a deturpar sua teoria e a utilizá-la dizendo-se praticantes da psicanálise. No entanto, estão criando outro tratamento, distinto daquele proposto por Freud.

As novas considerações teóricas de Freud foram amplamente recebidas com forte teor agressivo durante palestras e conferências feitas para apresentar a psicanálise e as descobertas que estava fazendo com seu trabalho clínico. Seus companheiros não ficaram ao seu lado o tempo todo, pois temos relatos de divergências teóricas a respeito da direção do tratamento e das conclusões teóricas que poderiam ser traçadas a partir daí. No texto *Uma dificuldade no caminho da psicanálise* (1917/1996), Freud descreveu que muitas pessoas apresentam dificuldade em aceitar as postulações da psicanálise sobre os pensamentos inconscientes e sobre a teoria da sexualidade e se recusam muitas vezes a buscar compreender esses conceitos antes de blasfemarem contra a psicanálise.

Direi que não se trata de uma dificuldade intelectual, de algo que torne a psicanálise difícil de ser entendida pelo ouvinte ou pelo leitor, mas de uma dificuldade afetiva – alguma coisa que aliena os sentimentos daqueles que entram em contato com a psicanálise, de tal forma que os deixa menos

inclinados a acreditar nela ou interessar-se por ela (Freud, 1917/1996, p. 147).

Os efeitos da psicanálise, contudo, não se referem a uma crença dos pacientes para que o tratamento suscite mudanças em relação ao sintoma e ao sofrimento psíquico. Há estratégias de ação na clínica que ajudam o analista a enfrentar a repetição patológica do sujeito, para que este se desvencilhe de seu sintoma. Quando um profissional não age a partir dos fundamentos da psicanálise, não podemos dizer que ele está agindo como psicanalista. Por isso, alguns companheiros de Freud passaram à condição de dissidentes da psicanálise.

Gostaríamos de destacar o trabalho de um deles: Sandor Ferenczi. Ele reconheceu o papel do analista no tratamento, passando a exigir que este atuasse de um modo mais enérgico durante o tratamento. Com isso, postulou a *técnica ativa* como uma forma de o analista combater a *desabituação* e *acomodação* do paciente com o tratamento. Ele destacou o papel do analista durante a análise, propondo que este agisse de forma a combater certa inércia do sujeito, fazendo com que ele próprio enfrentasse o seu sintoma e seu desejo. Com esse exemplo, percebemos como Freud, e de certa forma Ferenczi, enfrentou a dificuldade imposta pela resistência que faz o sujeito permanecer na análise por mais tempo que o necessário. Para isso, algumas mudanças na clínica foram propostas para esse enfrentamento.

Como vimos, a questão sobre o tempo de duração da análise e sobre como fazer com que esta não durasse tempo excessivo estava presente da história da psicanálise. Freud se preocupou em estabelecer coordenadas para considerarmos que o tratamento psicanalítico chegou ao seu fim. Assim como ele, outros psicanalistas, como Soler (1995) e Quinet (1991), também se preocuparam em estabelecer quais seriam os critérios ou objetivos que, tendo sido alcançados nos atendimentos, indicariam que a análise chegou ao seu fim. Conforme dissemos, para Freud (1937a/1996), as inibições, a angústia e as resistências devem ter sido superadas e as lacunas de memória preenchidas durante o tratamento, para que, dessa forma, o fim do sofrimento psíquico de um sujeito tenha sido alcançado. Porém como estabelecer que essas condições foram atingidas em um determinado caso?

Soler (1995), no texto *Variáveis do fim de análise*, propõe uma distinção entre homens e mulheres nesse momento de encerramento de um processo psicanalítico. Podemos perceber como a própria autora ressalta que esta distinção entre o final da análise para homens e mulheres já está presente no texto de Freud. Sua discussão sobre

o tema do fim de análise é feita retomando o texto de Freud (1937a/1996), *Análise terminável e interminável*, no qual, segundo a autora, Freud se preocupa em estabelecer um saldo ao fim das análises ao invés de somente esclarecer a configuração transferencial que foi desfeita.

Soler (1995) localiza a discussão de seu livro no ponto em que não há como estabelecer critérios padronizados para o procedimento analítico; por exemplo, critérios que indiquem certamente o seu fim. Por isso, sua abordagem sobre o fim de análise é a partir de suas variáveis. A postulação de um inconsciente dinâmico, a partir do qual existe uma força que se coloca em oposição à tomada de consciência dos representantes aí dispostos, permite que sejam postuladas as variáveis de uma estrutura que ordena o trabalho psicanalítico. Os representantes inconscientes assim permanecerão, bem como os representantes psíquicos recalcados. Dessa forma, mesmo que uma pulsão esteja ativa no inconsciente, exigindo satisfação e obtendo-a pelo forçamento de caminhos marcados pela fixação, aquilo que está recalcado e inconsciente não chegará ao conhecimento do sujeito se não sofrer modificações. Nesse sentido, aquilo que podemos considerar como variável no tratamento se vincula a uma satisfação que está inconsciente, e assim permanecerá.

Ela faz questão de especificar as variáveis do tratamento, pois são elementos que tornam o método psicanalítico variável e aberto ao surgimento de uma satisfação de um sujeito, ou seja, o universal estabelecido pela clínica permite localizar aí o sujeito, o singular, o ponto que não se inclui na estrutura, mas permitem que esta exista. Para explicar melhor, podemos localizar as condições de análise, como por exemplo, a transferência e a associação livre de ideias. Nessas condições devem ser incluídos os elementos variáveis que farão da clínica psicanalítica uma experiência singular.

Soler apresenta suas considerações incluindo discussões de Lacan sobre o fim de análise, que para Freud inclui o enfrentamento e vencimento das resistências. O processo analítico ou a equação da análise tem como marcas a resolução da transferência e uma mudança em relação ao saber. Retomando a discussão de Freud sobre a forma de estabelecer o fim da análise e quando isso acontece, podemos perguntar sobre o saldo do processo, ou seja, qual o efeito no sujeito que pode ser obtido no fim do tratamento. De acordo com Soler (1995), Lacan estabeleceu como marcador de fim de análise uma mudança em relação à transferência.

Nesse mesmo sentido, no livro *As quatro mais uma condições da Análise*, de Quinet (1991), encontramos referências desse autor às considerações de Freud, que

fundamentam a experiência psicanalítica fundada pelo ato de Freud. No intuito de especificar e selecionar melhor os analistas que fariam parte de sua Escola, Lacan, segundo Soler (1995), inventou o dispositivo do passe, de modo que, mediante depoimento sobre a própria experiência de análise, os analisandos poderiam contar para um júri formado por analisandos que também estavam em vias de fim de análise e quais mudanças ocorreram para ele.

O dispositivo do passe, que funciona em nossa Escola, podemos chamá-lo ao mesmo tempo de muito simples e muito complexo. Sua ideia foi simplesmente selecioná-los, não a partir de um testemunho de sua prática, como tinha sido feito no conjunto do movimento psicanalítico até então, mas com base em um testemunho da análise pessoal, procedimento também praticado no movimento analítico. A novidade principal, contudo, baseia-se no fato de que esse testemunho não é feito diretamente aos cartéis que vão pronunciar tomando o lugar do júri; é feito, porém, aos passadores, analisandos que se supõem estar no ponto de resolver sua análise e, por esse motivo, para isso designado por seus analistas (Soler, 1995, p. 10).

Soler (1995) destaca que o dispositivo do passe, para além de ser um lugar onde se relata a experiência clínica e sobre o fim da análise, é, principalmente, um lugar onde se decide. A presença de um júri é outro fator de destaque. A pessoa que irá passar pelo passe precisa dar um testemunho da sua análise, mostrando para esse júri aquilo que mudou no decorrer de seu tratamento. Nesse sentido, uma comissão deveria ouvir esse relato e dar seu parecer, tentando considerar se o sujeito passou a analista. No entanto, resta a Soler (1995) fazer uma ressalva:

Além do aspecto observatório, há um aspecto verídico, abrangendo um tema forte, o jurídico, que é sempre muito problema, como em cada vez que devemos julgar. O problema, evidentemente, é saber o que orienta as decisões do júri, já que ele decide quem é digno de ser chamado AE, Analista da Escola. Qual é a doutrina – eu não disse quais são os critérios – que funda as decisões dos cartéis do passe? (p. 11)

Podemos perguntar por que Soler (1995) prefere usar a palavra “doutrina” ao invés de “critério” para se referir à decisão desse júri que irá ouvir o relato do analisando em prévia de terminar sua análise e julgar se ele tornou-se um analista. A dificuldade é em saber qual a doutrina que sustenta a decisão desse júri e principalmente porque é uma doutrina que embasa essa decisão. Segundo a autora, o problema principal não se refere ao fato de ser uma doutrina o que sustenta a decisão do júri, mas, sim, se seria possível que essa coletividade conseguisse transpor uma doutrina para o ato.

A discussão sobre o fim de análise tem prosseguimento pela diferenciação dos termos fim e término de análise. Segundo Soler (1995), o fim de análise refere-se à interrupção do tratamento e dos encontros periódicos entre analista e analisando, sendo que não necessariamente o processo analítico tenha sido terminado. Essa questão sobre o fim de um processo de tratamento, ou seja, sobre tudo aquilo que era possível ser feito pelo sujeito em sofrimento foi suscitada por Ferenczi, quem se perguntou sobre quando uma análise chegaria ao seu fim, sobre como definir que o tratamento foi capaz de provocar todas as mudanças possíveis em relação ao sintoma do sujeito. Para ele, esse fim deveria ser localizado como o término de um processo, e não como um encerramento abrupto sem a preocupação com a diminuição do sofrimento do sujeito.

Retomando a discussão sobre o término do processo de análise feita por Freud (1937a/1996), para além de propor um ideal para esse término, encontramos as referências de Freud e a enumeração dos seguintes pontos: o encerramento das inibições, do sintoma e da angústia, além do preenchimento da lacuna de memória e o vencimento das resistências. Ao localizarmos a resistência no tratamento, devemos lembrar que ela indica uma situação de guerra, de conflito, que, para a metapsicologia freudiana, pode ser chamada de aspecto quantitativo e qualitativo do aparelho psíquico. Destacaremos mais detalhadamente a função da variação da quantidade de energia no aparelho psíquico e sua importância nas considerações feitas acerca do conceito de resistência e como algumas condições do tratamento também são seus indeterminantes.

Perguntamo-nos de que modo isso está em acordo com a especificidade da psicanálise. Percebemos, pela importância do conceito de inconsciente para a psicanálise, o impedimento de se estabelecer qualquer padrão fixo de conduta do analista e de condução para o tratamento. Dessa maneira, percebemos que o conceito de inconsciente é capaz de incluir no tratamento um elemento variável, porque temos uma abertura ao singular dentro das condições fundamentais de trabalho.

CONCLUSÃO

Durante nosso trabalho de investigação do conceito de resistência na obra de Freud, identificamos os cinco tipos de resistência postulados em *Inibição, sintoma e angústia* (Freud, 1926[1925]/1996): a resistência da transferência, do ganho da doença, do Eu, do Supereu e do Isso. Agimos dessa forma, percorrendo cada resistência e especificando como cada um de seus tipos impossibilita o trabalho clínico. No decorrer da pesquisa, percebemos que a resistência foi usada para se referir a qualquer impedimento que se impunha ao tratamento psicanalítico. A possibilidade de se iniciar um tratamento ou em dar prosseguimento a ele era impedida por uma força pulsional que mantinha o sujeito alheio ao seu desejo, dificultando a tentativa de mudança em relação à satisfação pulsional responsável por gerar sofrimento. No entanto, percebemos que o obstáculo ao tratamento chamado de resistência serve como norteador da condução do trabalho psicanalítico. Porém, quanto mais próximo ao núcleo patogênico, maiores são as resistências. Por isso, ela é um bom indicativo de que o trabalho clínico está em seu caminho.

No primeiro capítulo, nos remetemos ao início da história psicanalítica. Freud, no intuito de tratar as doenças psíquicas, buscou um método clínico de trabalho que pudesse investigar os estados hipnóticos evidenciados nos estudos de Charcot. No entanto, o uso da hipnose teve de ser abandonada porque estava servindo à resistência ao direcionar o tema a ser analisado durante as sessões. Percebemos que nos métodos de Freud que foram abandonados, como a hipnose e a pressão na testa, havia um pedido para que o paciente se colocasse a falar o que estava lembrando. Após o abandono dessas técnicas chega-se à postulação da associação livre de ideias como regra fundamental da psicanálise. Nesse sentido, a resistência foi localizada dentro do dispositivo clínico, pois o impedimento do tratamento estava presente no método empregado para investigar as doenças psíquicas.

Com o objetivo de suscitar uma fala sem restrições no decorrer do processo de análise, era pedido ao analisando que se colocasse em associação livre. Assim, por meio dos tropeços e enganos, decorrentes dessa fala que se pretendia livre, poderia se chegar a uma identificação da satisfação pulsional patológica. Ou seja, a associação livre se apresentava impedida em alguns temas da fala do sujeito. A resistência como obstáculo do tratamento psicanalítico impedia justamente a execução de sua regra fundamental,

sendo que qualquer tentativa de se aproximar do núcleo patogênico esbarrava nesse obstáculo.

De acordo com o princípio de prazer, o impedimento de uma satisfação e da livre expressão dos representantes pulsionais na consciência gera um conseqüente acúmulo de energia que é responsável por gerar desprazer no aparelho psíquico. O caráter patológico de um tipo de satisfação pulsional é dado pela repetição exacerbada de uma única via de satisfação. Uma satisfação pulsional nada tem de patológico; pelo contrário, está de acordo com o princípio de prazer que rege o aparelho psíquico. Por isso, quando uma satisfação pulsional só é possível por uma única via de representantes, esse tipo de satisfação se torna patológica em decorrência de seu caráter repetitivo. Essa insistência por uma única via de satisfação pulsional existe por causa do recalque.

O recalque é um mecanismo de defesa contra um conflito das formas de satisfação pulsional. Em sua formação, o Eu assume traços dos objetos que estavam disponíveis para satisfação da pulsão. Na falta desses objetos e com a exigência de satisfação, essa instância se torna o objeto para a pulsão. A partir disso, o Eu assume traços divergentes se os objetos pulsionais assim também o forem. Com essas possibilidades de satisfações díspares, um conflito pode ocorrer, sendo que o Eu aciona o recalque para se defender de algum desses conflitos. Os representantes que são mais fortemente rechaçados pelo recalque se referem à satisfação da pulsão sexual no triângulo edipiano. A satisfação da sexualidade por intermédio dos pais é recalçada e surge como resto dessa operação o Supereu, que carrega os traços dos objetos (pai e mãe) e traços da via de satisfação por intermédio deles.

O recalque falha nessa operação de afastar do Eu certos traços que lhe pertenceram em uma época de seu desenvolvimento. Isso acontece porque o representante psíquico que é recalçado, não a pulsão. Esta permanece ativa, só que agora inconsciente. Isto é, a exigência pulsional permanece, mas agora a pulsão deve encontrar novas vias de se satisfazer. Os representantes pulsionais recalçados estão proibidos de servirem á satisfação pulsional, mas existem outros que permaneceram disponíveis no Eu, e por isso se tornam capazes de fornecer satisfação por vias substitutivas.

Na formação dessas vias, se a pulsão se ligar a representantes que no desenvolvimento do Eu foram fixados em momentos traumáticos, o sintoma estará formado. Foi o que Freud percebeu por meio de relatos clínicos sobre sonhos traumáticos e neuroses de guerra, em que os pacientes repetiam por meio dos sonhos

situações de tragédia vividas e de intensa carga afetiva. As novas vias de satisfação podem conseguir vínculo apenas com representantes relacionados com a angústia e com o desprazer, o que ainda causará sofrimento ao sujeito ao invés de proporcionar prazer de acordo com o princípio de prazer.

O investimento libidinal de representantes que estavam fixados em traumas aciona mais uma vez a proteção do aparelho psíquico de acordo com o princípio de prazer. Assim, a via substitutiva para a pulsão também será afastada do Eu, tornando-a inconsciente. O recalque que é acionado pela instância psíquica Eu serve para evitar um conflito psíquico. Dessa forma, para o sintoma se desfazer, toda essa formação diversas vezes rechaçada deverá ser desvendada. O sujeito deverá encontrar vias substitutivas para a pulsão que não entrem em conflito com o Eu e nem mesmo se ligar aos representantes psíquicos da angústia.

A instância Isso é onde as pulsões estão dispostas sem que ainda estejam ligadas aos representantes. Logo, se a insistência pulsional que vem do Isso for muito forte e a satisfação exigida entrar em desacordo com o Eu, segue-se um conflito entre as instâncias. Assim, o Eu deverá entrar em acordo com o Isso, oferecendo-se como objeto de satisfação, adquirindo traços deste através da identificação ao objeto. Porém, essa nova forma de satisfação pode ser por vias que geram sofrimento para o sujeito, já que o Eu não tem outra opção.

Percebemos que a resistência está vinculada a uma força pulsional repetitiva. A satisfação dessa força está fadada a uma única opção, graças às intervenções do recalque, de forma a restringir o repertório de representantes disponíveis. Não estamos nos referindo a qualquer tipo de manifestação pulsional. Estamos nos referindo à pulsão que está recalçada e nunca terá acesso ao consciente. As vias opcionais para essa pulsão se satisfazer estarão protegidas pela resistência como uma força a mais que é usada para que o sujeito não se aproxime desses novos caminhos da pulsão e que o recalcado assim permaneça. A resistência defende as diversas vias opcionais estabelecidas pelo recalque, mesmo aquelas que causam sofrimento. Nesse sentido, a resistência permite a insistência das vias pulsionais que tiveram de ser assumidas porque o recalque impediu que determinada pulsão chegasse a obter satisfação na consciência.

O sintoma, expressão de um conflito pulsional formado por causa do impedimento imposto ao representante da pulsão o qual entrou em desacordo com a instância psíquica Eu, tem na resistência um aliado por auxiliar esse retorno do recalcado. Dessa forma, a resistência atua no aparelho psíquico como uma defesa do

mecanismo de defesa. O recalque incide na forma de satisfação pulsional como modo de impedir o desprazer proveniente de um desacordo entre a pulsão e os representantes disponíveis no Eu. A formação dessa instância a partir da identificação fornece uma gama restrita de possibilidades, a fim de que a pulsão encontre representantes que se coloquem disponíveis para a descarga na consciência.

A resistência como ganho da doença funciona como uma defesa do sintoma e do recalque, fazendo com que o trabalho de análise tenha que enfrentar primeiramente essa formação defensiva do sintoma, para, depois, passar a enfrentar a formação sintomática e suas vias de deformação do material recalcado, até que se chegue ao núcleo patogênico. Porém, como as resistências são várias, não é apenas nesse campo de batalhas que analista e analisando deverão atuar, ou seja, não é apenas no nível sintomático que as forças de um tratamento devem estar dispostas. Mostramos que a resistência se apresenta como uma defesa contra qualquer mudança em relação ao recalque, ou seja, a resistência defende a formação sintomática, mas sem participar do mesmo laço pulsional que a constituiu.

Em decorrência do recalque, podemos perceber uma insistência de representantes específicos a partir da fala do sujeito. Ao colocar-se em associação livre, o sujeito e o analista perceberão que isso não será possível, pois a fala será estruturada a partir de uma repetição de eixos temáticos que insistem para o sujeito. O impedimento da regra fundamental da análise exige que o analista se posicione de maneira diferente para que essas repetições sejam enfrentadas. O trabalho psicanalítico poderá fornecer maiores possibilidades de fala para que o sujeito possa ter alternativas que proporcionarão um enfrentamento do que lhe causa sofrimento.

A etiologia de um sintoma neurótico está relacionada a fatores constitucionais e atuais. Por isso, há uma possibilidade de tratamento por meio da análise. Ou seja, o laço criado entre analista e analisando é uma repetição de uma satisfação proibida. Nesse sentido, o analista pode atuar na transferência, de modo a provocar alguma mudança nessa configuração pulsional. A resistência, mais uma vez, encontrará formas de manter o estado de coisas, pois utilizará a transferência para impedir o tratamento, exagerando ainda mais a via de satisfação recalçada. A neurose de transferência, ao invés de auxiliar a análise da configuração patológica, pode ser usada para simplesmente manter a satisfação aí presente. A resistência se coloca como um impedimento contra qualquer investida da psicanálise que vise modificar aquilo que foi formado em decorrência da proibição da satisfação pulsional.

Vimos que a resistência é uma forma de satisfação pulsional assumida na infância. E ainda, ela é usada para defender a formação do Eu e os representantes que foram assumidos em sua constituição ajudada pelo recalque. O sintoma, formado como substituto dos representantes proibidos por esse mecanismo de defesa, também possui uma resistência específica dada pelo ganho secundário da doença. Os caminhos tortuosos da pulsão tornam-se cada vez mais difusos por serem modificados diversas vezes para conseguirem expressão na consciência. Além disso, a transferência, atualização da satisfação recalçada que é condição para o trabalho analítico, também pode se apresentar como resistência, impedindo o desenlace pulsional da situação infantil conflituosa.

Outra via de manter o recalque e fazer com que a pulsão use apenas os representantes disponíveis no Eu é por intermédio do Supereu, instância que se refere às imposições e proibições realizadas pelos pais na infância e que o sujeito fará a si mesmo depois. O Supereu é o representante da lei que proíbe o gozo proveniente da satisfação do desejo incestuoso. Ele se satisfaz na renúncia dessa satisfação e também possui sua resistência. A resistência do Supereu pode ser percebida no processo analítico por meio do sentimento de culpa e da exigência de punição. Como obstáculo ao tratamento, esse tipo de resistência impede que o sujeito perceba qualquer mudança em seu quadro patológico, fazendo com que ele se sinta culpado por qualquer melhora ou até mesmo indigno dessa possibilidade de cura. Dessa forma, ele insiste em sua formação sintomática, desconsiderando a possibilidade de se ver curado. Ainda, encontramos as resistências do Isso, manifestadas em forma de um masoquismo contra o Eu. Essa resistência possui ligação com satisfações obtidas muito cedo na infância, fazendo com que o sujeito não se livre delas, mesmo que causem sofrimento.

O analista e o sujeito podem enfrentar de diversos modos esses tipos de resistência. Com a condição dada por ela, o analista pode interpretar as vias substitutivas formadas por causa do recalque ou por meio das construções, que fornecem uma configuração sobre o estado de satisfação em que o sujeito se encontra. No entanto, elas podem agir até certo ponto do tratamento, pois algumas resistências se tornam muito fortes e o sujeito precisa, ele mesmo, elaborar essas resistências de forma a buscar outros representantes que possam ser usados até que se chegue ao núcleo do recalçado. O uso da fala como objeto de trabalho na análise permite que esses representantes psíquicos sejam alcançados na busca por meio da associação livre.

O analista não poderá agir a partir de padrões, pois a constituição do Eu é dada de maneira singular. Da mesma forma, o sintoma é formado a partir de características específicas da vida de um sujeito. Portanto, qualquer tentativa de regulamentação e padronização do tratamento configura-se como um erro, já que toda investigação feita por Freud sobre a etiologia do sintoma faz com que o entendamos em sua constituição singular, sendo que sua interpretação só é possível de um modo também singular.

Concluimos que a via de expressão da resistência carrega certo engodo. Como vimos, a resistência participa da transferência, sendo um empecilho para o tratamento justo onde este encontra sua via de possibilidade para alguma mudança em relação ao conflito pulsional atuante no momento em que o sujeito procura análise. As formas que o Eu encontrou para evitar um conflito entre a exigência pulsional e seus representantes, com a resistência ajudando nessa formação, também não obteve resultados muito satisfatórios para o sujeito, pois mantiveram certo nível de sofrimento.

No entanto, apesar da resistência ser um impedimento do trabalho de análise, não consideramos que a resistência seja algo negativo para o tratamento. Apesar de suas diversas faces de obstáculo apresentadas no tratamento, a resistência possibilita que o tratamento ocorra. Por isso, podemos considerá-la como um conceito paradoxal. É como uma pedra no caminho que serve para que o caminhante apoie seu pé para dar um salto maior. Mesmo que esse salto possa ser dado para frente ou para trás, se direcionarmos bem nosso movimento, ele poderá ser para frente. Ou seja, mesmo que a resistência indique um impedimento presente no tratamento, se bem utilizada, pode servir de alavanca para que o sujeito se mova.

Percebemos que a resistência transferencial fornece indícios para que o analista utilize a interpretação e a construção. A resistência das instâncias pode também servir de elemento para o analista agir, pois indica uma insistência maior de certos representantes. Nesse sentido, o analista pode a partir daí interpretar ou fornecer construções que indiquem ao sujeito a presença de uma resistência e a necessidade de que este elabore uma saída da resistência. No entanto, no decorrer da análise pode parecer que a interpretação e construção não são mais possíveis.

Nesse momento da análise o que resta ao sujeito é a elaboração. É necessário que haja uma mudança de posicionamento do sujeito em relação aos seus sintomas e a sua angústia. Na situação clínica isso pode ser percebido quando, durante a associação livre, há uma modificação nas palavras usadas e nas referências ao sujeito da oração. Isso demonstra uma situação psíquica madura em que o sujeito não demanda do analista

uma resposta para suas questões. Assim, ocorre um enfrentamento das resistências e uma saída do processo de análise.

As formas mais consagradas de trabalho, a interpretação e a construção, deixam de ter efeito porque a resistência não é um derivado do recalçado. Desse modo, ela carrega satisfações pulsionais muito intensas e profundas. Esse momento de enfrentamento da resistência é o mais árduo de todo o trabalho, segundo Freud, porque o sujeito precisa fazê-lo e o analista em nada pode ajudar, pois resta apenas a elaboração dessa satisfação. A recordação e a repetição cessam, cabendo ao sujeito elaborar aquela satisfação singular. Ninguém tira esse quinhão do sujeito. O tratamento que atinge esse ponto e consegue superá-lo está de fato encerrado.

Podemos examinar brevemente as dimensões da resistência sob a ótica dos registros Real, Simbólico e Imaginário postulados por Jacques Lacan. A resistência do Eu é a vertente voltada para o Imaginário, assim como a resistência transferencial. A constituição do Eu é estabelecida por Lacan (1949/1998) a partir do *estádio do espelho*, considerado como a “matriz simbólica” em que o Eu incorpora a forma do outro. Portanto, no estágio do espelho a criança se identifica à imagem do outro e Lacan destaca aí a lógica especular presente na formação do Eu ao situar duas posições: o Eu e o outro, que, por serem iguais, são também rivais (1954/1989).

A vertente Simbólica está relacionada a resistência que podemos perceber através do impedimento da associação livre e, principalmente, na resistência do ganho da doença. A resistência que se estrutura a partir do Real pode se referenciar em Freud pela resistência que na análise exige do sujeito apenas a elaboração e a construção de uma saída que não passe pelo sintoma nem pela angústia.

A principal consideração que podemos fazer depois de percorrer a obra de Freud buscando as pedras em seu caminho que permitiram a construção do conceito de resistência é que este conceito permite que se identifique que o tratamento está indo em direção da busca do núcleo patogênico. Esse fato denota um caráter paradoxal para a resistência por ser ao mesmo tempo obstáculo e indicativo da direção na análise.

REFERÊNCIAS

- Comte-Sponville, A. (2003). *Dicionário Filosófico* (E. Brandão, Trad.). São Paulo: Martins Fontes.
- Freud, S. (1900/1996). A interpretação dos sonhos. In S. Freud. *Edição Standard das Obras Psicológicas Completas de Sigmund Freud* (Vol. 4). Rio de Janeiro: Imago.
- Freud, S. (1905[1901]/1996). Fragmento da análise de um caso de histeria. In S. Freud. *Edição Standard das Obras Psicológicas Completas de Sigmund Freud* (Vol. 7). Rio de Janeiro: Imago.
- Freud, S. (1909/1996). Análise de uma fobia de um menino de cinco anos. In S. Freud. *Edição Standard das Obras Psicológicas Completas de Sigmund Freud* (Vol. 10). Rio de Janeiro: Imago.
- Freud, S. (1910/1996). Psicanálise selvagem. In S. Freud. *Edição Standard das Obras Psicológicas Completas de Sigmund Freud* (Vol. 11). Rio de Janeiro: Imago.
- Freud, S. (1911/1996). Formulações sobre os dois princípios de funcionamento mental. In S. Freud. *Edição Standard das Obras Psicológicas Completas de Sigmund Freud* (Vol. 12). Rio de Janeiro: Imago.
- Freud, S. (1911/2004). Alguns comentários sobre o conceito de inconsciente na psicanálise. In: Freud, S. *Escritos sobre a psicologia do Inconsciente* (Hans, L. A. Trad.). Rio de Janeiro: Imago Ed.
- Freud, S. (1912a/1996). Recomendações aos médicos que exercem a psicanálise. In S. Freud. *Edição Standard das Obras Psicológicas Completas de Sigmund Freud* (Vol. 12). Rio de Janeiro: Imago.
- Freud, S. (1912b/1996). A dinâmica da transferência. In S. Freud. *Edição Standard Brasileira das Obras Psicológicas Completas de Sigmund Freud* (Vol.12). Rio de Janeiro: Imago.
- Freud, S. (1914a/1996). A História do movimento psicanalítico. In S. Freud. *Edição Standard das Obras Psicológicas Completas de Sigmund Freud* (Vol. 14). Rio de Janeiro: Imago.
- Freud, S. (1914b/1996). Recordar, repetir e elaborar (Novas recomendações sobre a técnica da Psicanálise II). In S. Freud. *Edição Standard das Obras Psicológicas Completas de Sigmund Freud* (Vol. 12). Rio de Janeiro: Imago.

Freud, S. (1915[1914]/1996). Observações sobre o amor transferencial (Novas Recomendações sobre a técnica da Psicanálise III). In S. Freud. *Edição Standard Brasileira das Obras Psicológicas Completas de Sigmund Freud* (Vol. 12). Rio de Janeiro: Imago.

Freud, S. (1915a/1996). O inconsciente. In S. Freud. *Edição Standard das Obras Psicológicas Completas de Sigmund Freud* (Vol. 14). Rio de Janeiro: Imago.

Freud, S. (1915b/1996). As pulsões e seus destinos. In S. Freud. *Edição Standard das Obras Psicológicas Completas de Sigmund Freud* (Vol. 14). Rio de Janeiro: Imago.

Freud, S. (1917/1996). Uma dificuldade no caminho da psicanálise. In S. Freud. *Edição Standard das Obras Psicológicas Completas de Sigmund Freud* (Vol. 17). Rio de Janeiro: Imago.

Freud, S. (1918/1996). História de uma neurose infantil. In S. Freud. *Edição Standard das Obras Psicológicas Completas de Sigmund Freud* (Vol. 17). Rio de Janeiro: Imago.

Freud, S. (1920/1996). Além do princípio de prazer. In S. Freud. *Edição Standard das Obras Psicológicas Completas de Sigmund Freud* (Vol. 18). Rio de Janeiro: Imago.

Freud, S. (1923/1996). O Eu e o Isso. In S. Freud. *Edição Standard das Obras Psicológicas Completas de Sigmund Freud* (Vol. 19). Rio de Janeiro: Imago.

Freud, S. (1926[1925]/1996). Inibições, sintoma e angústia. In S. Freud. *Edição Standard das Obras Psicológicas Completas de Sigmund Freud* (Vol. 20). Rio de Janeiro: Imago

Freud, S. (1937a/1996). Análise terminável e interminável. In S. Freud. *Edição Standard das Obras Psicológicas Completas de Sigmund Freud* (Vol. 23). Rio de Janeiro: Imago.

Freud, S. (1937b/1996). Construções em análise. In S. Freud. *Edição Standard das Obras Psicológicas Completas de Sigmund Freud* (Vol. 23). Rio de Janeiro: Imago.

Freud, S. (1950[1895]/1996). Projeto para uma psicologia científica. In S. Freud. *Edição Standard das Obras Psicológicas Completas de Sigmund Freud* (Vol. 1). Rio de Janeiro: Imago.

Freud, S., & Breuer, J. (1893[1895]/1996). Estudos sobre a histeria. In S. Freud. *Edição Standard das Obras Psicológicas Completas de Sigmund Freud* (Vol. 2). Rio de Janeiro: Imago.

Guerreiro, M. (2003, janeiro/abril). A sublimação como resistência do sujeito. *Saúde, Sexo e Educação*, 11(31), 44-48.

- Lacan, J. (1953/1998). Função e campo da fala e da linguagem em psicanálise. In J. Lacan. *Escritos*. Rio de Janeiro: Jorge Zahar Ed.
- Lacan, J. (1998a). O estádio do espelho como formador da função do eu. In J. Lacan. *Escritos*. Rio de Janeiro: Jorge Zahar Ed.
- Lacan, J. (1989/1954). O Seminário, livro 2: O eu na teoria de Freud e na técnica psicanalítica. Rio de Janeiro: J. Zahar Ed.
- Lacan, J. (1956-1960/1998). *O Seminário, livro 7. A ética da Psicanálise*. Rio de Janeiro: Jorge Zahar Ed.
- Lacan, J. (1964/2008). *O Seminário, livro 11. Os quatros conceitos fundamentais da psicanálise*. Rio de Janeiro: Jorge Zahar Ed.
- Lopes, V. L. S. (1992, janeiro/junho). Freud, Dora e a resistência do analista. *Arquivos Brasileiros de Psicologia*, 44(1), 175-181.
- Marchevsky, E. D. (1985, março). Vínculo médico-paciente e resistência ao tratamento na manipulação profunda. *Revista do Corpo e da Linguagem*, 3(9), 177-182.
- Miller, J. (2002). *O percurso de Lacan; uma introdução* (2a ed.). Rio de Janeiro: Jorge Zahar Ed.
- Miller, J. (1989/1991). La ética en psicoanálisis. In: Miller, J. *Logicas de la vida amorosa*. Buenos Aires: Manantial.
- Pinto, J. M. (2001, janeiro/junho). Resistência do texto: o método psicanalítico entre a literalização e a contingência. *Ágora*, 4(1), 77-84.
- Quinet, A. (1991). *As quatro mais uma condições da Análise*. Rio de Janeiro: Jorge Zahar Ed.
- Ribeiro, J. P. (2007). O conceito de resistência na psicoterapia grupo-analítica: repensando um caminho. *Psicologia: Teoria e Pesquisa*, 23(número especial), 65-71.
- Soler, C. (1995). *As variáveis do fim de análise* (A. Harari, Trad.). São Paulo: Papyrus.