

HIPNOSE, SUGESTÃO, TRANSFERÊNCIA: A ESPECIFICIDADE DA PSICANÁLISE AO LONGO DA PRIMEIRA TÓPICA FREUDIANA¹

SILVA^I, Julia Montazzolli
PINHEIRO^{II}, Nadja Nara Barbosa

Resumo

Propõe-se no presente artigo lançar luz sobre a questão que se impõe à psicanálise, desde seus primórdios, tendo em vista a simultânea aproximação e oposição entre hipnose, sugestão e especificidade do método psicanalítico. Utilizando, como método de pesquisa, uma análise conceitual dos escritos freudianos, as autoras elegem o contexto de criação da psicanálise – período pré-psicanalítico – e sua consolidação – primeira tópica – para trabalhar as relações entre hipnose e sugestão, tendo o conceito de transferência como elemento que as arremata. O texto se inicia com um breve panorama histórico sobre as terapêuticas baseadas na hipnose e na sugestão, seguido por uma apresentação de como, ao promover uma distinção entre hipnose e sugestão, Freud percebe que o abandono da primeira não significa a erradicação da segunda, na clínica. Com tal percurso, as autoras visam clarificar que, se essa constatação poderia aproximar perigosamente a psicanálise de um tratamento sugestivo, de uma forma decisiva Freud se apoia nela para proceder a uma radical diferença entre ambas.

1

Palavras-chave: Psicanálise; Sugestão; Hipnose; Transferência.

HYPNOSIS, SUGGESTION, TRANSFERENCE: THE SPECIFICITY OF PSYCHOANALYSIS THROUGHOUT THE FIRST FREUDIAN TOPIC

Abstract

This article proposes shedding light on the subject that has been imposed to psychoanalysis, since its beginnings, bearing in mind the simultaneous approximation and opposition between hypnosis, suggestion and the specificity of the psychoanalytic method. In particular, the authors chose psychoanalysis context of creation to illustrate such apparent contradictions, having the concept of transference as the element that connect them. The text begins with a brief historical overview of therapies based on hypnosis and suggestion, followed by a presentation of how, by promoting a distinction between hypnosis and suggestion, Freud realizes that the abandonment of the first does not mean the eradication of the second, in clinic. With such a path, the authors aim to clarify that, if this observation could dangerously bring psychoanalysis closer to a suggestive treatment, in a decisive way Freud relies on it to set up a radical difference between them.

Keywords: *Psychoanalysis; Suggestion; Hypnosis; Transference.*

HYPNOSIS, SUGESTIÓN, TRANSFERENCIA: LA ESPECIFICIDAD DEL PSICOANÁLISIS A LO LARGO DE LA PRIMERA TÓPICA FREUDIANA

Resumen

Este artículo se propone arrojar luz sobre la cuestión que se ha impuesto al psicoanálisis, desde sus inicios, teniendo en cuenta la simultánea aproximación y oposición entre la hipnosis, la sugestión y la especificidad del método psicoanalítico. En particular, los autores eligen el contexto de creación del psicoanálisis para ilustrar tales aparentes contradicciones, teniendo el concepto de transferencia como elemento que las conecta. El texto comienza con una breve reseña histórica de las terapias basadas en la hipnosis y la sugestión, seguida de una presentación de cómo, al promover una distinción entre hipnosis y sugestión, Freud se da cuenta de que el abandono de la primera no significa la erradicación de la segunda, en clínica. Con tal recorrido, los autores pretenden esclarecer que, si esta observación pudiera acercar peligrosamente al psicoanálisis a un tratamiento sugestivo, de manera decisiva Freud se apoya en ella para establecer una diferencia radical entre ambos.

Palabras clave: Psicoanálisis; Sugerencia; Hipnosis; Transferencia.

INTRODUÇÃO

O marco histórico do nascimento da psicanálise, em geral, é referido como o conjunto de modificações empreendido por Freud sobre o método catártico, em especial o abandono da hipnose e, com este, a erradicação da sugestão como parte integrante do tratamento das neuroses (Roudinesco & Plon, 1998). No entanto, é também igualmente deduzível do exame de sua obra que, à medida que o próprio Freud, ao aprofundar a teorização sobre o fenômeno transferencial, vai se aproximando cada vez mais da presença inevitável de características semelhantes ao processo sugestivo (Roudinesco & Plon, 1998). Uma situação preocupante para Freud de tal maneira que, em inúmeros momentos de sua obra, ele retorna ao tema da sugestão ora para demarcar a diferença entre os tratamentos sugestivos e a psicanálise, ora para indicar sua preocupação em relação à percepção da existência de um resto sugestivo presente na relação transferencial.

A esse respeito, podemos destacar, por exemplo, que no artigo de 1904, “Sobre a Psicoterapia” (Freud, 1904/2017), pretendendo promover uma distinção entre métodos sugestivos e psicanálise, o autor se utiliza da famosa comparação entre terapias sugestivas e pintura, de maneira que, em ambas, se coloca sobre uma tela branca, cores e desenhos. Ao passo que, a psicanálise, assim como a escultura, retira o excesso de material que se deposita

¹ Artigo parcialmente derivado da pesquisa de dissertação da primeira autora, sob orientação da segunda, desenvolvida no PPG - Psicologia Departamento de Psicologia/UFPR.

sobre a pedra bruta, desvelando sua forma, já existente. Se, com esse argumento, Freud parece resoluto em afastar a sugestão do campo clínico psicanalítico, alguns anos mais tarde, no entanto, em “Psicologia das massas e análise do ego”, encontramos o autor empenhado em advertir os leitores, em alguma medida, sobre algo da sugestão a persistir na relação transferencial. Para tal, Freud (1996/1921) pondera que o analista, assim como o hipnotizador, ocupa o lugar de ideal de ego a partir do qual circula, perigosamente, a sugestionabilidade.

Uma vez que a transferência constitui um dos pilares fundamentais da clínica psicanalítica, já que somente a partir de sua instalação o processo analítico ganhou possibilidades de realização, o presente artigo propõe retornar aos primórdios da psicanálise objetivando alcançar uma melhor compreensão sobre as relações estabelecidas entre hipnose, sugestão e criação do método psicanalítico para, posteriormente, relacionar tais conjecturas com a transferência. Nesse sentido, o estudo se insere em uma proposta de pesquisa conceitual psicanalítica na qual uma questão é trabalhada a partir da leitura crítica de artigos freudianos para dela derivar uma proposição conceitual, a qual movimentará implicações clínicas (Pinheiro, 2022). Para tanto, parte de uma indicação do próprio Freud apresentada em seu artigo “Um estudo autobiográfico” (1925/1996) como guia para sua construção. Nele, o autor, elenca três situações em que o fenômeno sugestivo contido na hipnose o impressionara sobremaneira: ao assistir uma exibição de Hansen, o grande magnetista; a realização dos estudos, em Paris, com Charcot; e o uso terapêutico da sugestão pelos médicos que constituíram a conhecida Escola de Nancy, Liébault e Bernheim.

Seguindo essa indicação, inicialmente, apresentaremos como chegou-se ao uso da hipnose nos procedimentos médicos, a partir das propostas dos grandes magnetizadores, e desses à sua utilização por Freud. Em seguida, nos dedicaremos a apresentar como Freud, ao promover uma distinção entre hipnose e sugestão, percebe que o abandono da primeira não significa a erradicação da segunda, na clínica. Ao contrário, como descreveremos a seguir, Freud desvela que a sugestão repousa na base do movimento transferencial que liga, libidinalmente, o paciente a seu analista. O artigo finaliza indicando que se essa constatação poderia aproximar perigosamente a psicanálise de um tratamento sugestivo, de uma forma decisiva Freud se apoia nela para proceder uma radical diferença entre ambas. Para tal, optamos por promover um recorte histórico na obra freudiana, analisando os escritos do autor relativos aos períodos conhecidos como pré-psicanalítico e primeira tópica, indicando que algumas questões presentes na segunda tópica freudiana serão trazidas à cena apenas para complexificar a questão da clínica psicanalítica.

DESENVOLVIMENTO

Hipnose e magnetismo: precursores da psicanálise

Ainda que atualmente nos pareça bastante natural conceber um tratamento que se dê por meios puramente psicológicos, sua emergência destacada de um contexto místico-religioso se processou por uma construção histórica, na qual a hipnose possuiu uma participação significativa. De acordo com Roudinesco e Plon (1998), a sistematização da hipnose para fins terapêuticos data do fim do século XVIII, como forma de exploração da influência da palavra de uma pessoa sobre o corpo de outra, estando à última em um estado próximo ao sono. No entanto, a explicação para o fenômeno da hipnose e sua eficácia encontrou, ao longo do tempo, diversas versões.

De acordo com a teoria de Mesmer, médico do século XVIII, haveria a existência de um fluido universal capaz de passar de um corpo a outro. Nessa perspectiva, assim como os polos terrestres exercem uma força de atração sobre os corpos minerais, uma energia fluídica emanaria de um corpo a outro, de modo que estes influenciar-se-iam mutuamente. Baseadas nesse princípio, as sessões terapêuticas eram feitas através da influência de alguém dotado de um poder magnetizador, preparado para administrá-lo, com o uso de instrumentos que supostamente facilitariam o trânsito desse fluido (Chertok & Stengers, 1989). Essa espécie de procedimento se espalhou pela Europa e, em decorrência, inúmeros magnetizadores passaram a utilizá-lo, chamando a atenção das autoridades médicas. Em 1784, uma comissão científica foi designada pelo rei Luís XVI, na França, para investigar e confeccionar um parecer sobre as atividades do magnetista Deslon, cujas técnicas tinham por base as desenvolvidas por Mesmer. Ao tentar isolar relações causais entre os efeitos obtidos e as técnicas aplicadas, os referidos cientistas perceberam que, estando o paciente convencido da presença do magnetista e de seus artifícios, os efeitos se mantinham mesmo em sua ausência. Concluíram, assim, pela ideia de que a imaginação seria o grande fator por trás da eficácia do método. A comissão deduziu, então, que estes fenômenos seriam, também, tão observáveis quanto àqueles que podiam ser vislumbrados nos palcos, nos exércitos e nas aglomerações de pessoas (Chertok & Stengers, 1989). Estes seriam, dessa forma, locais favoráveis para o exercício da influência de uma pessoa sobre inúmeras outras. A técnica, apesar de ter chocado as autoridades, culminando em sua proibição, alcançou grande popularidade entre as pessoas. Com essa popularização, ao lado da cura dos padecimentos, surgiram também inúmeros casos de relações amorosas que se davam a partir do “tratamento” entre pacientes e magnetizadores. Esse fato acabou por favorecer a vinculação do mesmerismo a algo condenável, perigoso aos costumes e que poderia levar a comportamentos libertinos (Chertok & Stengers, 1989).

Algum tempo depois, segundo Roudinesco e Plon (1998), os magnetizadores deixaram de utilizar as técnicas baseadas na ideia de uma energia fluídica e passaram a praticar o hipnotismo, provocando estados sonambúlicos nos pacientes. A inserção da terapêutica pela hipnose no campo de interesse de estudos científicos se deu pelo escocês James Braid, cuja

concepção rejeitava a hipótese do fluido para explicá-la com base em efeitos que se passavam no próprio cérebro do indivíduo, substituindo o termo magnetismo por hipnotismo². A partir daí, a hipnose sofre um destino duplo. Por um lado, ela começa a ganhar status de cientificidade e embasar estudos e pesquisas de inúmeros médicos, entre os quais Liébault e Bernheim, em Nancy, bem como Charcot, em Paris (Roudinesco, 1989). Por outro lado, começa a ser utilizada por inúmeros hipnotizadores em grandes espetáculos populares que se empenhavam em demonstrar os poderes contidos em suas mãos sobre as pessoas, não sendo elas necessariamente doentes.

Apesar de seu uso pelos médicos franceses, os estudiosos vienenses se mostravam céticos em relação a aceitar a hipnose como recurso científico e, em maioria, concebiam os hipnotizadores como grandes farsantes. Foi nesse momento histórico que Hansen, o grande magnetista, chegava a Viena envolto em uma indubitável fama conquistada em suas apresentações anteriores, ocorridas em diversos países europeus, em teatros repletos de audiência. Freud, estudante, curioso sobre o poder da hipnose, resolve assistir a um desses espetáculos para que ele mesmo pudesse cernir seu próprio posicionamento sobre a questão. Afirma o autor que o estado alcançado pelo hipnotizado o impressionou tanto, que ele se viu obrigado a aceitar a veracidade do poder da hipnose (Freud, 1925/1996). Decide, então, pesquisá-la melhor. Queria compreendê-la como fenômeno psíquico, mas também estudar seus possíveis efeitos terapêuticos. Para tal, dirige-se à França, local em que médicos, de formas distintas, se dedicavam a esses assuntos. Inicia suas investigações pelo trabalho de Charcot para, em seguida, conduzir-se à Nancy. Veremos adiante, como cada uma dessas estadias influenciou na construção de seu método de trabalho com as neuroses.

5

Hipnose e sugestão: entre a ciência e a terapêutica

Roudinesco (1989) destaca que Charcot, adepto do método anatomopatológico, interessava-se pelas conexões dos fenômenos de ordem psíquica com o funcionamento do cérebro. No entanto, os estudos do médico francês privilegiavam a causa das doenças nervosas, em vez de precisar sua sede cerebral. Ao hipnotizar pacientes para reproduzir lesões tidas como funcionais, ele teria indicado que “a teoria das doenças orgânicas do sistema nervoso poderia ser dada como completa: o que precisava ser abordado a seguir eram as neuroses” (Freud, 1956[1886]/1996, p. 44). Segundo afirma Freud no obituário dedicado a Charcot (1893/1996), embora o médico francês houvesse iniciado seus estudos pela investigação das correlações entre lesões cerebrais e sintomas correspondentes, mudou consideravelmente seu foco, de forma que a histeria passou a ocupar o centro de sua atenção.

Alguns anos após seu retorno de Paris, Freud (1925/1996), ciente dos estudos realizados em Nancy por Liébault e seu seguidor Bernheim, se interessa por melhor conhecê-

² Não se fará aqui distinção entre os termos hipnose e hipnotismo, haja vista que nos contextos da literatura em que foram utilizados não parece haver diferença significativa entre ambos os termos como conceitos.

los. Diferentemente de Charcot, ambos consideravam a hipnose como um processo regido pelo funcionamento normal da mente. A principal contribuição destes autores, segundo afirma Freud no prefácio à tradução de um livro de Bernheim, referia-se à explicação dos fenômenos subjacentes ao hipnotismo, trazendo-lhe uma possibilidade de compreensão psicológica (Freud, 1888-1889/1996). Para ele, tais teóricos da Escola de Nancy consideravam a sugestão como o aspecto central da hipnose: todo o processo de induzir o paciente a um estado diverso de consciência, tal como o hipnótico, seria resultante de uma forma de influência psíquica, a possibilidade de lhe sugerir algo. A sugestão, para essa corrente de pensamento, é descrita por Freud como “uma ideia consciente, que foi introduzida mediante uma influência externa, no cérebro da pessoa hipnotizada e por esta foi aceita como se tivesse surgido espontaneamente” (Freud, 1888-1889/1996, p. 113).

Esse mecanismo, de uma influência externa produzir um fenômeno psíquico, seria a base para compreender a suscetibilidade do hipnotizado ao hipnotizador, tais quais outros processos corriqueiros (Freud, 1888-1889/1996). Para essa escola, portanto, na hipnose estaria implicado um processo de ordem psicológica, conectado à dimensão da relação entre as pessoas, tornando possível uma separação entre neurologia e fato psíquico (Roudinesco, 1989). Liébault, embora tivesse se interessado, no início de seus estudos, pelo magnetismo animal, utilizava em sua terapêutica os princípios de Braid e técnicas utilizadas por outro hipnotizador famoso à época, conhecido como abade Faria. Seus procedimentos baseavam-se na palavra, utilizada de modo a induzir o paciente a um estado de sono próximo ao suscitado por entorpecentes.

O uso da hipnose por estes médicos era bastante diverso daquele efetuado por Charcot. Enquanto o interesse deste último era principalmente investigativo, na escola de Nancy se fazia uso da hipnose como meio de tratamento. Para tanto, hipnotizava-se o paciente para torná-lo mais sugestível e administrar-lhe, assim, sugestões diretas, ou seja, ordens e afirmações ditas ao paciente no intuito de eliminar sintomas, pensamentos e sentimentos que o faziam sofrer (Freud, 1891/1996).

Essa definição, aliás, do que se compreende por sugestão com base nestes autores, é destacada por Freud (1888-1889/1996) como algo que merece alguma atenção. Partindo-se da ideia de que ela implica uma forma especial de influência psíquica, capaz de eliminar sofrimentos, qual seria a distinção entre ela e outras formas de exercer uma influência qualquer, como informar ou orientar? Freud sublinha que, na sugestão, a ideia inserida pelo hipnotizador não é apenas acatada, mas sim aceita pelo paciente como se não proviesse de um agente externo. Outras formas de exercer tal influência, mediada por elos intermediários e pela atividade do próprio paciente em questão, seriam também incluídas no escopo do que se entende por sugestão, mas seriam sugestões indiretas, ou meramente estimulação a autossugestões (Freud, 1888-1889/1996).

Importa salientar que embora as concepções de Bernheim e Charcot fossem contemporâneas e tomassem objetos de estudo próximos, não eram complementares. A principal diferença enfatizada por Freud (1888-1889/1996) dirige-se ao fato de que Charcot

parte do estudo de fenômenos ligados à histeria e, portanto, ao adoecimento. Ele hipnotizava pacientes histéricos e discernia que, diferente das outras pessoas, estes apresentariam três estágios distintos ao serem hipnotizados, cada um com sinais físicos próprios, de forma a explicitar que a histeria possuía características de funcionamento particulares. Por outro lado, do ponto de vista da teoria construída por Bernheim, que compreendia o que ocorria na hipnose como produto de um processo psicológico comum a todas as pessoas, isso não seria possível identificar. Tais particularidades encontradas por Charcot seriam compreendidas por Bernheim também como produto de alguma forma da própria sugestão, o que obscureceria o fato de que a histeria se apresentava como uma condição clínica real, que possuía um funcionamento deduzível pela investigação (Freud, 1888-1889/1996).

Acreditamos que haja duas constatações que tais experiências de Freud com a hipnose denunciam, que são especialmente importantes para a posterior compreensão de suas relações com o fenômeno e manejo da transferência. Uma delas diz respeito à existência de um funcionamento mental inconsciente, já que as técnicas de Bernheim demonstravam que era possível deduzir um mecanismo de ação inerente ao próprio psiquismo, no entanto, inacessível à consciência. Por segundo, destacamos a constatação de que a palavra do hipnotizador detém grande poder sobre o corpo e o psiquismo do paciente, fato que estaria presente também, em maior ou menor grau, em tantos outros contextos comuns à vida das pessoas.

7

Sugestão e processo clínico: a centralidade da relação médico-paciente

Embora a influência de Charcot seja notável na história da psicanálise, importância esta a ele atribuída pelo próprio Freud (Freud, 1914/1996; 1925/1996), propomos aqui um enfoque especial sobre algumas das concepções de Bernheim, principalmente no que concerne à sugestão. A noção primariamente psicológica, deste último autor, sobre a hipnose e a centralidade do fenômeno da sugestão, em qualquer tentativa de indução, de uma pessoa a algum estado ou atitude, tiveram um impacto relevante nas teorias de Freud. Nos escritos deste último, que tratam da hipnose e da sugestão, é possível identificar um especial interesse pelo lugar que o paciente concede ao médico, pela influência da relação entre a dupla e pelo uso da palavra nos tratamentos psicológicos (Freud, 1890/1996; 1891/1996).

Por exemplo, no artigo intitulado “Tratamento psíquico” (Freud, 1890/2017), contemporâneo a seus primeiros contatos com o tratamento pela sugestão e com o método catártico de Breuer, o autor dedica-se a discorrer sobre os possíveis mecanismos de ação de um tratamento que se desse apenas por meio da palavra. Nesse trabalho, Freud compara a relação estabelecida com o médico (no caso, no tratamento pela hipnose) com aquilo que acontece nas situações religiosas e nos relacionamentos afetivos. Quando Freud explora a admirável credulidade e obediência que tinham os pacientes hipnotizados para com seu médico e suas ordens, compara essa relação àquela da criança com seus pais, ou a outras em que houvesse uma total entrega do indivíduo a um outro muito amado. Da mesma forma,

esse poder concedido à palavra da pessoa amada se assemelharia ao que ocorre nas experiências de curas religiosas: “Por um lado, há aí obediência, mas por outro há um aumento da influência física de uma ideia. A palavra aqui volta a se transformar em magia” (Freud, 1890/2017, p. 36).

Tal classe de técnicas para atingir uma espécie de cura seria, portanto, tão antiga quanto a própria civilização. Passando pela figura do curandeiro, sacerdote, até o advento da medicina, o uso da palavra para tratar o sofrimento esteve presente de diferentes formas. Assim:

Os médicos desde sempre, já em tempos antigos, exerceram o tratamento anímico, muito mais intensamente do que hoje. Se por tratamento anímico entendermos o esforço de evocarmos no doente os estados e condições anímicos mais favoráveis para a cura, então esse tipo de tratamento médico é historicamente o mais antigo. (Freud, 1890/2017, p. 30)

Podemos identificar aqui, portanto, a ideia presente de que, em qualquer prática médica, existe sempre a influência da pessoa do médico, de sua palavra, sobre a eficácia do procedimento em questão, numa notável proximidade com a ideia da difusão cotidiana do processo que ocorreria na sugestão. Essa influência, resultante de uma “expectativa crédula” (1890/2017, p. 27) por parte do paciente e, portanto, de processos ligados a seu próprio psiquismo, evidenciaria infundável gama de influências que os afetos, as representações, a vontade, a atenção e outros processos psíquicos teriam sobre o corpo (Freud, 1890/2017).

Assim, podemos observar neste artigo, como também em outros que Freud discorre sobre a possibilidade de exercer essa influência (Freud, 1891/1996; 1905[1904]/2017), algumas indicações sobre o papel das atitudes do médico. No entanto, a ênfase recai no fato de que ela dependeria, em última instância, da própria expectativa do paciente: nesse sentido, Freud até mesmo sugere que tanto o medo de ser hipnotizado quanto o intenso desejo de o ser seriam indicativos desfavoráveis sobre sua concretização.

Assim, nos parece possível constatar a influência das ideias de Bernheim sobre a compreensão freudiana de que a relação médico-paciente não constitui fator apenas coadjuvante no tratamento pela hipnose e sugestão, mas é base dele, isto é, aquilo que viabilizaria ou impediria qualquer terapêutica. Nesse sentido, se a ênfase do tratamento se dá sobre o processo de sugerir e tornar eficazes essas sugestões, tudo aquilo que o afeta passa a ter importância técnica.

A dissensão hipnose/sugestão: a criação do método psicanalítico

Um dos primeiros fatos sobre a psicanálise, com o qual tem contato todo aquele que se interessa acerca de sua constituição, refere-se à proposição de que o abandono da hipnose e da sugestão por Freud se deu em virtude da emergência de uma forma própria de compreender o adoecimento psíquico, incompatível com a meta clínica de eliminar sintomas.

Como nos relata o próprio Freud, após suas experiências com o método catártico, ele abandonaria progressivamente a primazia do uso dessas técnicas, ao passo que se debruçaria sobre as origens dos sintomas e sua inserção em uma trama simbólica complexa (1914/1996). Seguindo essa indicação freudiana, procuraremos retomar, a seguir, como se processou tanto o abandono quanto a substituição enunciada por Freud entre a técnica requerida por seu método próprio de tratamento – posteriormente nomeado como psicanálise – e aquela a que vinha se dedicando até então.

Segundo o próprio autor, pouco tempo de trabalho com a hipnose e a sugestão foi suficiente para que ele identificasse que seus resultados não se mostravam assim tão promissores (Freud, 1890/2017). Às vezes tornava-se necessário repetir indefinidamente o processo para obter sua eficácia, reiterando sempre as mesmas sugestões, gerando assim uma dependência do paciente para com o médico (Freud, 1891/1996). Segundo Ferreira (2013), Freud já havia sido advertido por Charcot de problemas que o uso da sugestão em estado desperto ou em um estado de hipnose mal atingido poderiam acarretar. A longo prazo, inevitavelmente, se evidenciava para médico e paciente a contradição de que, embora continuamente negada durante o tratamento, a doença continuava a existir fora dele. Havia ainda o empecilho de que o estado de consciência característico da hipnose era um tanto difícil de ser induzido, sua profundidade extremamente variável. Esse fato teria tornado imperativo o desenvolvimento de formas de superar a necessidade da hipnose para viabilizar o tratamento (Freud, 1914/1996; 1925/1996).

Não obstante, um outro aspecto da questão começa a se tornar visível para Freud. Ele percebe que, na tentativa de induzir o paciente ao estado hipnótico de consciência, visando torná-lo sugestível, havia forças de oposição que emanavam de seu próprio psiquismo (Freud, 1890/2017). Descreve que essa oposição poderia localizar-se em pontos onde havia algo de característico daquele sujeito, como, por exemplo, na resistência do hipnotizado a obedecer sugestões que se opusessem aos seus valores e crenças. Ou ainda, a oposição poderia também residir na resistência em renunciar à doença: suposição importante na medida em que permite a Freud identificar a existência de um embate entre correntes psíquicas distintas, de modo que “o poder da sugestão aí se mede também com a força que criou as manifestações da doença e as mantém” (Freud, 1890/2017, p. 42). Em “Hipnose”, ainda que justifique a pertinência do método sugestivo, o autor não deixa de reconhecer que ele não atuava nos processos que geravam os sintomas (Freud, 1891/1996).

Podemos perceber, então, que tais percepções do autor, desenvolvidas em alguns artigos pré-psicanalíticos nos quais ele se dedica à temática da hipnose e do tratamento pela sugestão, ilustram prenúncios das noções de resistência e de defesa. Foi a partir dessas últimas que se tornou possível a Freud construir os fundamentos de toda sua teoria e método de tratamento, que se baseia, em suma, na seguinte ideia: a autonomia do sintoma diante da autoridade médica se devia ao fato de que ele constituía expressão de um processo que implicava toda a história e subjetividade do paciente em questão, não sendo, portanto, simplesmente sobrepujável ou eliminável por um agente externo (Aguar, 2016).

A noção de defesa, entendida como uma motivação para a construção do sintoma neurótico, é descrita no artigo “As neuropsicoses de defesa” (Freud, 1894/1996). Nele, o autor se posiciona afirmando que não só a histeria, mas também outras formas de adoecimento psíquico, teriam origem em um movimento do psiquismo de afastar para longe da consciência pensamentos e afetos que lhe fossem impossíveis de suportar. Assim, em nome de defender-se do sofrimento, quer fosse diante de um conflito insuportável ou de um afeto excessivamente contraditório, que lhe causaria horror, o paciente faria - sem sabê-lo - uma separação entre afeto e representação. Destarte, o sintoma do qual o paciente se queixava seria, na verdade, um produto desse processo (Freud, 1894/1996). Haveria assim um movimento de defesa que, por tais razões, fazia adoecer.

A oposição que Freud descreve, entre as forças que ocasionaram a doença e a eficácia da sugestão, se relacionava com a energia psíquica empregada na manutenção do arranjo encontrado, pelo paciente, para lidar com o sofrimento psíquico pretérito. Quando, diante disso, Freud adota como terapêutica a tentativa de desfazer a operação que edificara o sintoma, nota igualmente um movimento de repúdio ao estabelecimento de um contato com as razões que o fundamentam. No entanto, o autor também percebe que só a superação dessa oposição, no sentido de tornar possível trazer à luz o conflito de forças que sustenta a formação e a manutenção do adoecimento, é que poderia produzir um efeito verdadeiramente curativo (Mezan, 1996).

Munido da noção de defesa, a qual pressupõe que o adoecimento psíquico se constitui a partir de um mecanismo impetrado pelo próprio paciente para lidar com um sofrimento insuportável, Freud percebe a necessidade de proposição de um método de tratamento específico. Para tal, indica que o procedimento técnico deva deslocar-se do embate entre sintoma e autoridade médica, à minuciosa análise dos relatos dos pacientes e da persecução de indícios que permitissem a identificação dos conteúdos ocultos que fundam as formações sintomáticas. Com esse deslocamento, percebemos que o embate, que antes se dava entre sintoma e sugestão, passa a dar-se entre a resistência do paciente e as intervenções que tornassem possível vencê-la.

Ao vencê-las, se as possibilidades terapêuticas dependiam da revelação dos motivos inconscientes do sintoma, o passo seguinte à extração de significados ocultos do discurso enunciado pelo paciente seria o de comunicá-los. Para tanto, nos informa Freud nos “Dois verbetes de enciclopédia” (1923/1996), duas descobertas a partir do método catártico não foram abandonadas com a experiência posterior: a constatação de que os sintomas histéricos possuem uma dimensão simbólica e de que “a descoberta desse significado desconhecido é acompanhada pela remoção dos sintomas” (p. 247-248). A interpretação, assim, tornar-se-ia instrumento clínico, na medida em que decifrar os motivos inconscientes e ensejar ao paciente apropriar-se deles, levaria à cura.

Só que o autor esclarece a seus aprendizes, na vigésima sétima das Conferências Introdutórias sobre Psicanálise, intitulada “Transferência”, que se engana muito quem via nesta operação algo de aritmético. Freud (1917[1916-1917]/1996/1996a) destaca que, para

que o conhecimento acerca do inconsciente surtisse efeito, ele deveria advir a partir de interpretações feitas no lugar certo, o *lugar* da superação das resistências. Ou seja, o conhecimento que se constrói onde e apesar de um movimento do psiquismo que lhe faz oposição, causa desconforto. E esse lugar só seria acessível ao analista se este ocupasse também um lugar específico na dinâmica psíquica desse paciente. Seria necessário que o analista estivesse investido pelo último de amor, que a sua figura se atribuísse a catexia de alguma porção de sua libido, não de qualquer forma, mas daquela em que tal investimento libidinal possibilitasse ao analista contar com um ego colaborativo. Colaboração esta que só se dava porque o paciente atribui ao analista um certo tipo de autoridade, em muito pelo seu intento de buscar saídas ao próprio sofrimento. Isto, por fim, em muito se aproximava do que Bernheim descobrira em sua noção de “suggestibilité” (Freud, 1917[1916-1917]/1996/1996a, p. 447).

Haveria sim, uma inteligibilidade inconsciente implicada na etiologia das neuroses, mas a interpretação e a comunicação dessa inteligibilidade não encontrarão eficácia se ela não for capaz de permitir que o próprio paciente reconheça em si mesmo tais mecanismos que o levaram ao adoecimento. Assim, vemos que, em “Sobre o início do tratamento” (Freud, 1913/2017), uma das questões a que Freud se dedica refere-se ao problema acerca do momento em que se deve iniciar as comunicações ao paciente sobre o material inconsciente que ele fornece ao analista. Sua recomendação é de que apenas se faça isso quando uma transferência positiva tiver sido estabelecida, de forma que “o primeiro objetivo do tratamento permanece o de atrelá-lo à terapia e à pessoa do médico” (Freud, 1913/2017, p. 142). O vínculo transferencial, portanto, seria o fundamento que viabilizaria, em primeiro lugar, a persecução dos “objetivos-metas” de uma análise, isto é, o desvelamento das motivações inconscientes e a superação das resistências.

11

Transferência e sugestão: dissensões e implicações clínicas

Dentre os possíveis desdobramentos da ideia de que o vínculo transferencial viabiliza o processo analítico, há um facilmente deduzível. Vimos que Freud identificava, desde o trabalho com o método catártico, que a relação terapêutica deveria pressupor o estabelecimento de um vínculo positivo do paciente para com o médico, para que suas intervenções fossem eficazes. Assim, também o trabalho de fornecer interpretações requereria alguma confiança no profissional e em seu método, para que o paciente as levasse em conta. Segundo nos afirma Freud (1912/2017), o investimento libidinal endereçado ao analista coloca-o numa posição a partir da qual sua palavra é dotada de valor. Nesse sentido, a eficácia da sugestão e da interpretação se aproximariam: a própria sugestão seria concebida como consequência da transferência, de forma que Freud a define como “o sugestionamento de uma pessoa por meio dos fenômenos de transferência que nela são possíveis” (Freud, 1912/2017, p. 116).

No entanto, Freud enfatiza na Conferência XXVIII, “Terapia analítica” das *Conferências introdutórias sobre Psicanálise* (1917[1916-1917]/1996/1996b), que de nada adiantaria que o paciente acatasse simplesmente as interpretações do analista sobre seu inconsciente, posto que, se assim o fizesse, a própria interpretação operaria como uma sugestão. Nesse sentido, a interpretação poderia facilitar o caminho a ser percorrido em direção ao desvelamento das motivações inconscientes, mas só seria eficaz na medida em que coincidissem com uma construção realizada pelo próprio paciente. Ou seja, na medida em que permitisse, a este último, promover um encontro genuíno com algo de si que conectasse seus sintomas à própria história de sua construção.

Portanto, trata-se de uma proposta de trabalho que implica a possibilidade de o paciente ir ao encontro das razões e motivações que a um alto custo – seu próprio adoecimento – buscou esquecer. Dessa forma, não seria por qualquer motivo, ou em qualquer contexto, que o paciente aceitaria engajar-se em um trabalho que propusesse justamente desvelar tais forças. O mencionado lugar de superação das resistências, desse modo, relaciona-se a algo mais do que acatar interpretações, ao dedicar-se ao penoso processo de destrinchar cadeias de pensamentos reprimidos e afetos deslocados. Sendo assim, para além da confiança necessária para levar em conta o que interpreta o analista, precisa-se desse vínculo também para que o próprio paciente se disponha, ele mesmo, a colocar seus atos, pensamentos e afetos sob análise.

Não à toa, Freud (1895/2016a) já notara, desde o início de suas experiências com a análise, que um sacrifício pessoal dessa monta necessitaria de uma compensação. Seria apenas por algum substituto do amor que o paciente se disporia a enfrentar o duro processo analítico e diante da necessidade de confiar ao analista segredos tão íntimos e tão difíceis, o paciente não raro recuaria, de modo que “uma boa parte dos doentes que seria apto para esse tratamento, escapa ao médico tão logo vislumbra a direção em que caminha a investigação. Para estes, o médico permaneceu um estranho” (Freud, 1895/2016a, p. 373).

Ainda nos casos em que esta relação se estabelece, é fato que não se mantém harmônica por muito tempo. Na referida Conferência XXVII (Freud, 1917[1916-1917]/1996/1996a), o autor narra o curso habitual das coisas quando o neurótico inicia um tratamento analítico: de início, tem o médico e quaisquer de suas intervenções em alta conta, estando sempre disposto ao trabalho, compreendendo suas interpretações, uma vez que se encontra esperançoso na possibilidade que esse tratamento vá trazer-lhe algum alívio para seus dissabores. Ocorre que não demora a chegar o momento em que essa expectativa e essa postura se dissipam. Logo a tonalidade da relação se converte mais em resistência, do que em cooperação. Poderia ser porque os afetos amorosos que o paciente dirige ao médico se tornam mais claramente de caráter sexual, povoando suas associações e impedindo-o de dizê-las, ou que estes mesmos adquirissem atributos de hostilidade, fazendo-o duvidar da efetividade do método; da competência de seu analista.

Se, no início de seu trabalho clínico, Freud percebia que essa tonalidade afetiva intensa do vínculo construído entre paciente e médico perturbava a relação terapêutica de modo a

dificultar a hipnose e afetar a permanência dos efeitos da sugestão, igualmente percebe que a intensidade afetiva perturba o trabalho investigativo, que não depende de uma racionalidade pura. Ou seja, no seio da transferência jaz o impasse clínico. Um impasse que Freud percebe desde o primeiro momento em que destaca, em um artigo temprano (Freud, 1895/2016b), o vínculo transferencial, atribuindo esse nome primeiro aos sentimentos sexuais que, antes reprimidos, se transferem para a pessoa do médico e aparecem na cena analítica como entrave às associações, isto é, como resistência.

Na primeira vez que Freud (1895/2016a) usa o termo transferência relacionado a essa descrição, ele o faz ao enunciar as principais fontes de perturbações na relação médico-paciente, sendo uma destas a *transferência* de desejos amorosos para a pessoa do médico. Freud nota, na ocorrência frequente de desentendimentos e transferências desse tipo, que a sensibilidade e desconfiança dos pacientes parecia indicar que haveria algo em tais ocorrências que ultrapassava a dimensão lógica dos fatos. É o que se pode observar, por exemplo, em “Dois verbetes de enciclopédia”, quando Freud (1923/1996) apresenta essa conceituação de forma mais direta, atribuindo a explicação para esse conjunto de sentimentos, que pode ir de um grande amor a um grande ódio, a padrões de ligação a outras pessoas significativas na vida do paciente, que tornaram-se inconscientes e na situação analítica transferem-se para o analista.

Dessa forma, a percepção da transferência oferece instrumentos para que Freud promova uma importante diferenciação entre os métodos sugestivos e a psicanálise. No tratamento pela sugestão, entendido como um embate entre os motivos da doença e a autoridade médica, quaisquer fatores que pudessem ofuscar a autoridade do médico apenas atrapalhavam a eficácia do processo clínico (Freud, 1917[1916-1917]/1996a).

Na psicanálise, no entanto, as coisas se processariam de outra forma. A única influência terapêutica que se poderia esperar, ele esclarece na conferência citada (Freud, 1917[1916-1917]/1996a), seria auxiliar o paciente a mudar a posição em que se encontra diante do problema que o faz adoecer, percebendo como conteúdos que foram reprimidos manifestam-se em seus sintomas e em suas relações, inclusive aquela que estabelece com o analista. Dessa forma, se a etiologia do adoecimento psíquico se refere, em suma, a um conflito entre forças internas inerentes ao próprio psiquismo, uma resolução só poderia existir quando estas classes distintas de forças se encontrassem no plano da consciência. O autor esclarece que, para tanto, torna-se necessário que o próprio conflito inconsciente emergja no campo clínico. Isso se dá, justamente, via vínculo transferencial, uma vez que assinala a inserção do analista em uma cadeia de objetos investidos pelo paciente de uma determinada forma, construída em sua história. Assim, sua emergência traz para a cena analítica, conseqüentemente, a neurose sobre a qual se quer intervir (Ferreira & Carrijo, 2016).

Tornar possível que o paciente se aproprie do que está ocorrendo, ali e naquele momento, torna-se, então, muito mais importante e potente do que interpretar para ele significados de eventos que ocorreram em seu passado. Considerando-se isso, estimular-se-ia, inclusive, que a neurose do paciente seja substituída pela neurose que caracteriza sua

relação com o analista. Nesse sentido, nos informa o autor: “Quando a transferência atingiu esse grau de importância, o trabalho com as recordações do paciente retira-se bem para o fundo da cena” (Freud, 1917[1916-1917]/1996a, p. 445).

CONSIDERAÇÕES FINAIS

No campo da psicanálise é comum a afirmativa de que, o método clínico psicanalítico se distingue dos métodos sugestivos e que tal diferenciação tenha se iniciado no momento em que Freud, deliberadamente, abandonou o uso da hipnose e, em consequência, a quota de sugestão nela implícita. No entanto, a observação de que o próprio Freud não cessou de se preocupar com o tema, culminando com a percepção da existência de um resquício de sugestão no seio da própria transferência, nos moveu na tentativa de melhor compreendermos as relações entre este último conceito e suas relações com a hipnose e a sugestão.

Ao iniciarmos por uma sucinta apresentação histórica a respeito dos tratamentos fluídicos exercidos pelos grandes magnetizadores do século XVIII, objetivamos destacar alguns pontos que se mantiveram presentes na constituição da psicanálise. Por exemplo, o poder do magnetizador em curar alguns males e em despertar o desejo amoroso de alguns pacientes, ambos relacionados ao mesmo fenômeno da sugestão.

Em seguida, descrevemos como, em uma tentativa de melhor controlar os efeitos da sugestão, confiscando-a sob o domínio da cientificidade, a técnica magnetizadora foi substituída pelo uso da hipnose. Por meio de sua utilização, os médicos procuraram explicar seu poder relacionando-o aos processos psicológicos e a partir daí, compreender seus efeitos terapêuticos.

Se por um lado, os estudos de Charcot enfatizavam o caráter patológico do hipnotismo, os estudos desenvolvidos em Nancy destacavam os efeitos curativos da sugestão facilitada pela hipnose. De Charcot, Freud retira, prioritariamente, o reconhecimento da cientificidade do hipnotismo e da histeria, ambos indicando a necessidade de melhor cernir processos psicológicos que se realizavam, a despeito de seu caráter não consciente. Da Escola de Nancy, Freud guarda o intenso poder da palavra do médico sobre o paciente de forma a curá-lo de seus males. A sugestão, nesse caso, desponta na relação médico/paciente de tal forma que a luta clínica se centraliza entre a autoridade do médico e a força do sintoma.

Tomando esses elementos como centrais, Freud foca suas preocupações no entendimento das relações entre sugestão e o poder da palavra do médico em transformar o sofrimento de seus pacientes para fazer uma importante percepção: esse poder não emana do médico, mas é outorgado a ele pelo próprio paciente. Sendo assim, Freud passa, então, à necessidade de melhor cernir os mecanismos psíquicos que fundam o campo pelo qual se abre, ao médico, as possibilidades de produzir uma influência segura sobre seus pacientes. Nesse sentido, os magnetizadores também já haviam aberto o caminho: crianças quando

ainda dependentes de seus pais, pessoas apaixonadas ou participantes de grupos com um líder eram as mais propícias a serem influenciadas. Freud percebe aí, uma similaridade com a clínica das neuroses, posto que nela há uma regressão à infância, há um laço amoroso ligando o paciente ao analista e que esse laço situa o analista em um lugar de destaque comparável ao que o líder ocupa diante de seus liderados. A relação transferencial, ao reproduzir artificialmente a própria neurose sob a tutela do analista, confere a ele o poder de influenciar, sugestivamente, seu paciente a se curar de seu adoecimento.

O interessante é que a constatação dessa problemática clínica, no interior da qual repousa a sugestão, tenha sido o ponto sobre o qual a psicanálise ergueu sua especificidade. Um processo que se inicia pela percepção freudiana sobre a existência de forças psíquicas, no paciente, que se opõem tanto à investigação sobre seu psiquismo quanto à renúncia ao seu adoecimento. Ou seja, se o adoecimento é o resultado de um longo processo defensivo contra um sofrimento intenso, abrir mão do arranjo alcançado não será efetuado sem luta. Assim, se inicialmente Freud utilizava a sugestão para eliminar sintomas, agora ele a utilizará para convencer o paciente sobre a necessidade de produzir um processo de investigação sobre as raízes inconscientes do adoecimento que ele mesmo construiu para si. A tarefa clínica aqui não se trata mais de empreender uma luta entre a autoridade médica e a força do sintoma, mas a de implicar o paciente no desvelamento das motivações inconscientes relativas à construção de sua neurose. Para alcançar seu objetivo, o analista contará com o poder que a transferência amorosa lhe confere (Peron, 2004). No entanto, o caráter ambivalente dos fenômenos transferenciais denuncia a impossibilidade de fazer coincidir sugestão e aceitação plena da influência do analista. Ou seja, a questão deixa de ser a exclusividade do poder de sua palavra e desloca-se ao que este é capaz de manejar, aceitando a posição de ser investido como objeto de amor ou de ódio, no contexto da historicidade específica daquele paciente (Ferreira, 2013).

Dessa forma, podemos indicar que a psicanálise não se equipara a um tratamento *pela* sugestão, embora ela permaneça no horizonte de suas formulações tanto como fenômeno, quanto como técnica. Como fenômeno, a sugestão interessa à psicanálise, uma vez que o analisando atribui ao analista um certo lugar, a partir do qual aceita promover uma colaboração amigável, confiar sua intimidade, seu investimento e, em certa medida, se deixar influenciar, tal qual faziam os pacientes que buscavam os magnetizadores. Mas esse mesmo lugar pode significar, principalmente, transferir-lhe afetos hostis ou amorosos turbulentos. É nesse contexto que a sugestão interessa como técnica: sendo assim, a sugestão, como afirma Freud, “passa para nossas mãos” (1917[1916-1917]/1996b, p. 452), o que parece significar que, independentemente da forma como os afetos emergem na análise, isto é, como confiança, como ódio, amor, atração ou desvalorização, eles revelarão algo ao analista e carregarão consigo a potencialidade de se transformar em material de análise. Ou seja, aquilo que se tornava um perigo no contexto da aplicação do magnetismo, os afetos despertados nos pacientes pelo magnetizador, no contexto da análise são paradoxalmente entrave e material de trabalho do analista (Chertok & Stengers, 1989). Assim, poderíamos argumentar

que, se por um lado, tais relações poderiam aproximar perigosamente a psicanálise de um tratamento sugestivo, de uma forma decisiva Freud se apoia nela para proceder uma radical diferença entre ambos.

Devemos destacar aqui que o recorte histórico na obra do autor realizado neste artigo, justifica-se pelo intuito de ilustrar, através do exame da constituição e consolidação da psicanálise como um método apartado de outros métodos de intervenção psíquica da época, as relações estreitas e movediças entre sugestão, hipnose e transferência.

No entanto, as formulações posteriores de Freud, mais especificamente aquelas que compõem o que se conhece como sua segunda tópica, inserem na cena conceitual compreensões que complexificam a visão do autor sobre a transferência, as instâncias psíquicas envolvidas em sua manifestação e seu papel dentro do tratamento. Complexifica e modifica, em amplo espectro, também os objetivos do próprio tratamento analítico, ao qual Freud passa atribuir fenômenos outros que se deve atravessar, além do revelar o que estava inconsciente e superar resistências a isso (Freud, 1940[1938]/1996).

À medida que a resistência vai sendo compreendida também como faceta da pulsão de morte, se faz necessário contemplar que um tratamento analítico não se limita ao trabalho com a transferência apenas como explorado neste texto. A título de enunciar exemplos, tem-se os limites impetuosos daquilo que pode ser compreendido e mitigado ao ser examinado à luz da consciência, bem como o central que o fenômeno da repetição adquire. Tais elementos, deve-se notar, põem em xeque a ideia de um ego colaborativo sob influência da sugestão. No entanto, o exame de tais proposições requereria um outro estudo cujos objetivos se diferenciariam daqueles que atribuímos ao presente.

Diante disso, diferentemente do que ocorria no tratamento pela hipnose e pela sugestão, em que o médico agia sobre o sintoma, no trabalho analítico o resultado depende de um esforço mútuo, no qual o paciente está implicado. Por isso, a despeito das aproximações entre a sugestão como mecanismo psíquico e o que se passa na cena analítica, evidenciam-se dois pontos em que a psicanálise distancia-se dos métodos sugestivos: ao constituir-se como um tratamento no qual não se pode eximir o paciente de grande parte no trabalho; e na medida em que nele interessam não só os aspectos positivos da transferência mas, também, justamente aqueles que se fazem empecilho e encarnam formas de resistir ao tratamento (Chertok & Stengers, 1989).

Por fim, evidenciar a permanência da preocupação com a sugestão assinala o que, no âmbito de uma análise, permanece arredo ao controle, à revelia da intenção do analista em permitir que o paciente vá ao encontro de seu próprio inconsciente. Preocupar-se com a sugestão significa estar sempre atento ao poder que a transferência confere à palavra do analista e que inúmeros são os usos que dele se pode fazer. Preocupar-se com a sugestão significa perceber que abandonar a hipnose não livra o analista de ter que lidar com a sugestão que jaz no seio da transferência e que sua tarefa consiste em fazer dela mote para o desvelamento das configurações inconscientes que sustentam o sofrimento de seus pacientes (Ferreira & Pinheiro, 2016). Ou seja, preocupar-se com a sugestão, não apenas aponta para

uma problemática teórica/clínica, mas, sobretudo, para o ponto em que ela converge sobre seu pilar ético.

REFERÊNCIAS

Aguiar, F. (2016). Psicanálise e Psicoterapia: o Fator da Sugestão no “Tratamento Psíquico”. *Psicologia: Ciência e Profissão*, 36(1), 116-129. <https://doi.org/10.1590/1982-3703004102015>

Chertok, L., & Stengers, I. (1989). *O coração e a razão: a hipnose de Lavoisier à Lacan*. Jorge Zahar.

Ferreira, L. B. (2013). *Da sugestão ao amor, do amor à sugestão: um estudo sobre a transferência na obra freudiana*. [Dissertação de mestrado, Universidade Federal do Paraná]. <https://acervodigital.ufpr.br/handle/1884/31210>

Ferreira, L.; & Pinheiro, N. (2016). Considerações sobre a permanência da sugestão no contexto da transferência: um estudo introdutório na obra *freudiana*. *Ágora*, 19(2), 227-242. <https://doi.org/10.1590/S1516-14982016002005>

Ferreira, D., & Carrijo, C. (2016). O manejo transferencial em Freud: uma análise da relação entre transferência e sugestão. *Ágora*, 19(3), 393-408. <https://doi.org/10.1590/S1516-14982016002005>

Freud, S. (1996). Relatório sobre meus estudos em Paris e Berlim. In J. Strachey (Ed.), *Edição Standard Brasileira das Obras Completas de Sigmund Freud* (Vol. I., pp. 39-49). Imago. (Original publicado em 1956[1886]).

Freud, S. (1996). Prefácio à tradução de *De la Suggestion*, de Bernheim. In J. Strachey (Ed.), *Edição Standard Brasileira das Obras Completas de Sigmund Freud* (Vol. I., pp. 111-121). Imago. (Original publicado em 1888-1889).

Freud, S. (1996). Resenha de *Hipnotismo*, de August Forel. In J. Strachey (Ed.), *Edição Standard Brasileira das Obras Completas de Sigmund Freud* (Vol. I., pp. 129-140). Imago. (Original publicado em 1889).

Freud, S. (2017). Tratamento psíquico (tratamento anímico). In S. Freud, *Obras incompletas de Sigmund Freud: Fundamentos da clínica psicanalítica* (C. Dornbusch, trad.). Autêntica. (Original publicado em 1890).

Freud, S. (1996). Hipnose. In: F., Sigmund. In J. Strachey (Ed.), *Edição Standard Brasileira das Obras Completas de Sigmund Freud* (Vol. I., pp. 145-154). Imago. (Original publicado em 1891).

Freud, S. (1996). Charcot. In J. Strachey (Ed.), *Edição Standard Brasileira das Obras Completas de Sigmund Freud* (Vol. III, pp. 21-32). Imago. (Original publicado em 1893).

Freud, S. (1996). As neuropsicoses de defesa. In J. Strachey (Ed.), *Edição Standard Brasileira das Obras Completas de Sigmund Freud* (Vol. III, pp. 53-67). Imago. (Original publicado em 1894).

Freud, S. (2016a). A psicoterapia da histeria. In S. Freud, *Obras completas: Estudos sobre a histeria (1893-1895)* (Vol. 2, pp. 358-427). Companhia das Letras. (Original publicado em 1895).

Freud, S. (2016b). Sobre o mecanismo psíquico dos sintomas histéricos. In S. Freud, *Obras completas: Estudos sobre a histeria (1893-1895)* (Vol. 2, pp. 18-38). Companhia das Letras. (Original publicado em 1895).

Freud, S. (2017). O método psicanalítico freudiano. In S. Freud, *Obras incompletas de Sigmund Freud: Fundamentos da clínica psicanalítica*. (pp. 51-58, C. Dornbusch, trad.). Autêntica. (Original publicado em 1904[1905]).

Freud, S. (2017). Sobre a psicoterapia. In S. Freud, *Obras incompletas de Sigmund Freud: Fundamentos da clínica psicanalítica*. (pp. 63-67, C. Dornbusch, trad.). Autêntica. (Original publicado em 1904).

Freud, S. (2017) Sobre a dinâmica da transferência. In S. Freud, *Obras incompletas de Sigmund Freud: Fundamentos da clínica psicanalítica* (pp. 107-118, C. Dornbusch, trad.). Autêntica. (Original publicado em 1890).

Freud, S. (2017). Sobre o início do tratamento. In S. Freud, *Obras incompletas de Sigmund Freud: Fundamentos da clínica psicanalítica* (pp. 121-147, C. Dornbusch, trad.). Autêntica. (Original publicado em 1913).

Freud, S. (1996). A história do movimento psicanalítico. In J. Strachey (Ed.), *Edição Standard Brasileira das Obras Completas de Sigmund Freud* (Vol. XIV, pp. 18-74). Imago. (Original publicado em 1914).

Freud, S. (1996a). Conferências introdutórias sobre psicanálise: Parte III, teoria geral das neuroses. Conferência XXVII: transferência. In J. Strachey (Ed.), *Edição Standard Brasileira das*

Obras Completas de Sigmund Freud (Vol. XVI, pp.433-448). Imago. (Original publicado em 1917 [1916-1917]).

Freud, S. (1996b). Conferências introdutórias sobre psicanálise: Parte III, teoria geral das neuroses. Conferência XXVIII: terapia analítica. In J. Strachey (Ed.), *Edição Standard Brasileira das Obras Completas de Sigmund Freud* (Vol. XVI, pp. 449-463). Imago. (Original publicado em 1917 [1916-1917]).

Freud, S. (1996). Psicologia de grupo e a análise do ego. In J. Strachey (Ed.), *Edição Standard Brasileira das Obras Completas de Sigmund Freud* (Vol. XVIII, pp. 77-146). Imago. (Original publicado em 1921).

Freud, S. (1996). Dois verbetes de enciclopédia. In J. Strachey (Ed.) *Edição Standard Brasileira das Obras Completas de Sigmund Freud* (Vol XVIII, pp. 247-268). Imago. (Original publicado em 1923).

Freud, S. (1996). Um estudo autobiográfico. In J. Strachey (Ed.), *Edição Standard Brasileira das Obras Completas de Sigmund Freud* (Vol. XX, pp.15-78). Imago. (Original publicado em 1925).

Freud, S. (1996). Esboço de psicanálise. In J. Strachey (Ed.), *Edição Standard Brasileira das Obras Completas de Sigmund Freud* (Vol. XXIII, pp.155-219). Imago. (Original publicado em 1940[1938]).

Mezan, R. (1996). Psicanálise e psicoterapias. *Estudos Avançados*, 10(27), 96-108. http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0103-40141996000200005&script=sci_arttext&tlng=es

Mezan, R. (2003). *Freud: a conquista do proibido*. (3a ed.). Ateliê.

Peron, P. (2004). Da sugestão à análise da transferência: a noção de cura psicanalítica no início da obra freudiana. *Mental*, 2(2), 35-53. http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1679-44272004000100004&lng=pt&tlng=pt.

Pinheiro, N. (2022). Pesquisa em psicanálise na universidade: uma proposição metodológica. In N. Pinheiro; R. Sanches; S. Cordeiro (Orgs.). *Pesquisas acadêmicas em Psicanálise: reflexões teóricas e ilustrações práticas*. Pedro e João.

Roudinesco, E., & Plon, M. (1998). *Dicionário de psicanálise*. Jorge Zahar.

Roudinesco, E. (1989). *História da psicanálise na França: a batalha dos cem anos*. Jorge Zahar.

Silva, J. (2020). *Fragmentar, reconstruir, sonhar: entre o terapêutico e o analítico na obra de Freud*. [Dissertação de mestrado, Universidade Federal do Paraná]. <https://hdl.handle.net/1884/69410>

Strachey, J. (1996). Nota do Editor Inglês ao “Relatório sobre meus estudos em Paris e Berlim”. In J. Strachey (Ed.), *Edição Standard Brasileira das Obras Completas de Sigmund Freud*, Imago. (Original publicado em 1969).

Recebido em: 04/10/2022

Reapresentado em: 21/11/2022

Aprovado em: 30/01/2023

^I Psicóloga pela Universidade Estadual de Londrina, pós-graduada em Clínica Psicanalítica pela mesma universidade. Especialista em saúde da criança e do adolescente. pelo Hospital Pequeno Príncipe. Mestre em Psicologia pela Universidade Federal do Paraná. E-mail: juliamontazzolli@gmail.com. ORCID: <https://orcid.org/0000-0001-5833-6277>

^{II} Psicóloga, Mestre e Doutora em Psicologia, pós-doutorado em Psicopatologia e Psicanálise (Paris/7). Atualmente, é professora dos cursos de graduação e pós-graduação em Psicologia da Universidade Federal do Paraná, coordenadora do Laboratório de Psicanálise (DEPSI/UFPR). Membro do GT ANPEPP Psicanálise e Clínica Ampliada. Editora-chefe da Revista Interação em Psicologia (DEPSI/UFPR). E-mail: nadjanbp@ufpr.br. ORCID: <https://orcid.org/0000-0003-2927-6177>