

PAULA COSTA CAMARÃO

O ESTATUTO DA INTERPRETAÇÃO NA CLÍNICA FREUDIANA:
ORIGENS E DESDOBRAMENTOS

Monografia de conclusão do Curso de Especialização
em Psicologia Clínica: Teoria Psicanalítica

Orientadora: Inês Loureiro

COGEAE – PUC/SP

2015

RESUMO

O presente trabalho tem como propósito mapear a noção de interpretação na obra freudiana, entendendo suas origens, sua função, e seus desdobramentos – caminho importante a ser percorrido por um analista iniciante que busca entender seu papel na clínica. O texto desenvolvido baseia-se essencialmente nos escritos de Freud, com comentários da psicanalista Myriam Uchitel. Realizado o percurso, vimos que a interpretação tem um lugar fundamental no tratamento psicanalítico freudiano. Seu trabalho reside, essencialmente, no deciframento do sentido oculto dos sintomas por meio da associação livre, da transferência e do trabalho com as resistências. Ao final de sua obra, Freud apresentou-nos, adicionalmente, o conceito de construção, o qual discutiremos se se destina a substituir ou somar-se à interpretação como ferramenta clínica. Ambas as propostas, de todo modo, dirigem-se à revelação ou atribuição de um sentido ao sintoma, dado que a experiência clínica mostrou que tal operação tem um poder curativo nas neuroses. Ainda que os objetivos e o papel da interpretação tenham sido bem detalhados, constatamos que a obra freudiana se abstém de nos indicar diretrizes objetivas e normativas para o manejo da técnica na clínica.

Palavras-chave: Interpretação; Construção; Clínica psicanalítica; Transferência; Sintoma; S. Freud

AGRADECIMENTOS

Aos professores do Curso Teoria Psicanalítica, por nunca fecharem questões, por sempre colocarem em dúvida o sentido aparente de uma concepção, por me ensinarem, na transferência, o que é ser psicanalista.

A Inês Loureiro, pela escuta cuidadosa, pela tradução precisa, por me mostrar o quanto eu não sei e me inspirar deste percurso.

SUMÁRIO

CAPÍTULO 1. RAÍZES DA CLÍNICA PSICANALÍTICA: O MÉTODO CATÁRTICO	7
CAPÍTULO 2. O MÉTODO INTERPRETATIVO: ORIGEM E FUNÇÕES	14
2.1. Novo cenário teórico: associação livre, teoria do trauma e fantasia	14
2.2. Da Interpretação dos sonhos à interpretação dos sintomas	16
2.3. A interpretação na clínica: O papel da transferência.....	20
2.4. Sobre a legitimidade e a técnica de uma interpretação	23
CAPÍTULO 3. DESDOBRAMENTOS DA TÉCNICA: INTRODUÇÃO À NOÇÃO DE CONSTRUÇÃO	25
3.1 Sobre a noção de construção e suas diferenças com a interpretação	25
3.2 Sobre a legitimidade das construções e sua eficácia clínica	29
CONSIDERAÇÕES FINAIS	33
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	35

INTRODUÇÃO

Então eu decidi ser psicanalista. Formada em Administração de Empresas com especialização em Marketing, o desafio era grande. Comecei estudando. Depois, estudando e fazendo análise pessoal. Mas logo que vi a possibilidade do atendimento clínico se aproximar, uma pergunta começou a me perseguir: o que efetivamente faz um analista no consultório?

Algumas pessoas dirão que ele não faz nada. Que ele só fica lá, atrás de você, em silêncio, te deixando desconfortável. Mas existe também, no senso comum, aquela ideia do analista (ou psicólogo) que sabe algo de nós que desconhecemos e é capaz de aliviar nosso sofrimento ao lhe dar uma explicação, um sentido, e colocar as coisas no lugar. Diante da angústia do não saber, alguém diz: “Freud explica”; e magicamente liberta todos para pensar em outra coisa.

A segunda visão me pareceu mais atraente e nela resolvi me aprofundar. Logo descobri que essa fala do analista que dá nome às coisas é conhecida como interpretação¹. Mas as perguntas se mantinham: Qual o objetivo dessa suposta “explicação do sofrimento”? Ela ajuda? Por quê? Qual o efeito que ela ter deve no paciente? Toda a fala de um analista tem esse propósito explicativo? Há somente um sentido possível para o sintoma? Em que medida essa técnica pode ser avaliada?

Em busca de respostas, proponho-me a percorrer a noção da interpretação na obra freudiana: o que é, o que visa e as modificações que sofreu ao longo dos anos. Como poderemos averiguar, o entendimento de interpretação em psicanálise varia segundo as premissas teóricas das quais ela faz parte. Por esse motivo, nossa trajetória está dividida em três capítulos.

O primeiro deles tem como objetivo entender as raízes da interpretação e da clínica psicanalítica. Começaremos pela apresentação das principais descobertas dos mestres de Freud (Jean-Martin Charcot e Joseph Breuer) acerca do sofrimento psíquico para, em seguida, explicar a técnica desenvolvida por Breuer (e utilizada

¹ Constatei, posteriormente, com a ajuda de Christian Dunker no artigo “A Interpretação na Clínica Psicanalítica” (2003) que, diferentemente do que eu imaginava, a interpretação não representa a única nem, muitas vezes, a principal técnica da clínica psicanalítica. Ou seja, que o papel do analista não se restringe à interpretação, ainda que essa seja a sua atividade mais evidente aos olhos do leigo.

por Freud) para tratamento de suas pacientes. Finalmente, apontaremos as principais limitações desse método que levaram ao seu abandono e à criação da psicanálise.

No segundo capítulo, pretendemos compreender o lugar da interpretação na clínica psicanalítica. Para tanto, precisaremos, adicionalmente, entender tanto as novas concepções teóricas sobre o funcionamento do psiquismo, passando por conceitos como fantasia, resistência e formações do inconsciente; como as características da própria clínica, isto é, as condições para o tratamento e a interpretação; dentre as quais a transferência desempenha um importante papel.

O terceiro e último capítulo dedica-se à exposição e discussão do conceito de *construção*, introduzido ao final da obra de Freud. No artigo *Construções em Análise* (1937), o fundador da psicanálise propõe uma outra tarefa para o analista: “completar [ou construir] aquilo que foi esquecido [pelo paciente] a partir dos traços que [este] deixou atrás de si” (p.272). Minha proposta é entender os pormenores desse novo conceito, debater o quanto ele se aproxima ou se distancia da ideia de interpretação e em que medida podemos enxergá-lo como um substituto ou complemento do seu antecessor.

Esse trabalho baseia-se essencialmente nos escritos de Freud, edição *Standard Brasileira das Obras Completas*, editora Imago. As produções escolhidas podem ser qualificadas em dois grupos: artigos diretamente relacionados com o tema do trabalho (como *O manejo da interpretação dos sonhos em Psicanálise*, 1911 e *Construções em Análise*, 1937) e textos nos quais o próprio Freud recapitula a história da psicanálise e de sua técnica (ex.: *Cinco Lições de Psicanálise*, 1910 e *Um estudo autobiográfico*, 1925). O primeiro nos ajuda a ter um entendimento aprofundado da interpretação como conceito, enquanto que o segundo a mapear as revisões da técnica ao longo da obra freudiana.

Adoto como comentadora de referência Myriam Uchitel em seu livro *Além dos Limites da Interpretação* (1997). A autora nos auxilia na difícil tarefa de apresentação das características da interpretação, uma vez que, como veremos, o conceito é encontrado nos escritos de Freud de modo fragmentado e pouco normativo, frequentemente no sentido negativo (do que não fazer), no lugar de diretrizes objetivas para sua utilização.

Assim, pretendo tão somente traçar um primeiro panorama do estatuto da interpretação na obra do Freud – útil e indispensável para alguém que está se iniciando no campo – mas ciente das limitações dessa pesquisa, dada a complexidade do tema e do caráter inesgotável de sua discussão.

CAPÍTULO 1. RAÍZES DA CLÍNICA PSICANALÍTICA: O MÉTODO CATÁRTICO

Em *Um estudo autobiográfico* (1925), Freud nos conta que, após algumas frustrações com uma escolha profissional um pouco fruto do acaso², em 1885, ele encontrou na medicina de Jean-Martin Charcot (1825-1893) um novo campo de atuação que lhe despertou enorme fascínio.

Charcot era médico da clínica psiquiátrica Salpêtrière em Paris (onde Freud estudou de 1885 a 1886) e dedicava-se à busca de um tratamento para os enigmáticos sintomas exibidos por algumas pacientes do hospital, cuja doença era conhecida como histeria. Essas mulheres sofriam com paralisias de membros, contraturas musculares, desmaios, perda da fala ou audição, entre outras condições. Contudo, por mais impactantes que fossem seus sintomas, suas portadoras tinham pouca atenção e credibilidade no meio médico. Isso porque, como nos conta Freud na primeira das *Cinco Lições de Psicanálise* (1910), nesses casos, não se encontrava nenhuma causa orgânica para a condição apresentada, ou seja, todos os exames clínicos realizados apontavam para um corpo em perfeitas condições para funcionamento. Os sintomas histéricos, logo, soavam como encenações e suas queixas pareciam indignas de investimento. Aqui, como destacado por Freud (1910), podemos acrescentar o fato de que os médicos da época, assim como os de hoje, acostumados ao seu lugar de pleno saber, sentiam-se ameaçados e impotentes diante dessa condição inexplicável para qual nenhuma de suas ferramentas tinha serventia e, como resultado, procuravam esquivar-se da histeria, seja negando-lhe o crédito ou, simplesmente, a sua atenção.

As investigações de Charcot, contudo, provaram não só a autenticidade das manifestações histéricas como que elas poderiam ser produzidas por meio da hipnose. Conforme nos indica Uchitel em *Além dos Limites da Interpretação* (1997), essa descoberta daria luz a duas outras importantes revelações que se tornaram os primeiros alicerces da psicanálise.

A primeira delas consistia na constatação de que os sintomas manifestados eram resultado de processos *mentais*, fonte até então desconsiderada pela medicina

² Freud (1925) afirma não sentir, na época da escolha de sua formação profissional, nenhuma predileção particular pela carreira de médico. Ele estava, na verdade, mais inclinado a estudar Direito, ainda que as teorias de Darwin lhe despertassem muito interesse. Foi uma conferência popular, contudo, na qual lhe fora apresentado o ensaio de Goethe sobre a Natureza, que o fez mudar de ideia e optar pela medicina como profissão.

do século XIX, focada na etiologia *orgânica* das afecções. Como nos diz Freud em *Uma breve descrição da Psicanálise* (1924), “Eles [médicos] não sabiam o que fazer do fator psíquico e não podiam entendê-lo. Deixavam-no aos filósofos, aos místicos e aos charlatães; e consideravam não científico ter qualquer coisa a ver com ele.” (p.217).

Essa revelação não só representava, conforme coloca Freud em *Uma dificuldade no caminho da psicanálise* (1917), uma grande (e terceira³) ferida narcísica na humanidade, que agora passava a ter consciência de um lado inconsciente de si – ou seja, de que carecia de domínio sobre todos os seus atos – como inaugurava um novo campo de investigação das doenças humanas a ser liderado pela psicanálise.

A segunda importante conclusão a que se chegou a partir da investigação de Charcot foi de que se os sintomas podiam ser produzidos por hipnose, também poderiam ser eliminados por ela. Isso significa que uma esperança de tratamento e cura para as doentes histéricas passava a ser vislumbrada.

Quando regressou à Viena, em 1886, Freud deu continuidade às suas investigações acerca da histeria em parceria com o Dr. Joseph Breuer (1842-1925), que já antes de Charcot, entre 1880 e 1882, havia utilizado a hipnose para fins terapêuticos em uma de suas pacientes. Em *Cinco Lições de Psicanálise* (1910), como em tantas outras publicações, Freud nos conta a história do tratamento dessa que foi a primeira paciente a ser submetida ao – acidentalmente descoberto – método catártico, que explicarei adiante.

A paciente do Dr. Breuer, que ficara conhecida como Anna O., tinha apenas 21 anos, mas sofria de uma enorme quantidade de perturbações físicas e psíquicas como: paralisias do corpo, alterações da visão, tosse nervosa, rejeição a alimentos e impossibilidade de ingestão de água, estados de confusão mental e delírios, além da perda da capacidade de expressão em sua língua materna.

Assim como as histéricas atendidas por Charcot, Anna O. não apresentava uma má-formação cerebral ou orgânica, mas uma condição psíquica que começou a

³ Freud (1917) anuncia que a humanidade sofrera três grandes feridas narcísicas que lhe destituíram de seu lugar de suposta superioridade no mundo. A primeira fora provocada por Copérnico, ao afirmar que nosso planeta não está localizado no centro do universo; a segunda, por Darwin, que nos mostrou que não somos uma criação divina, mas o produto de um longo processo evolutivo; a terceira foi causada pelo próprio Freud, ao colocar a luz nos processos mentais que nos são inconscientes e nos revelar que não somos senhores de nós mesmos.

ser desvendada quando Breuer fez o que nenhum médico da época se dispunha a fazer: deu ouvidos às queixas dessa mulher que contrariava as leis da sua ciência. E o que ele descobriu com esse ato que hoje poderia parecer trivial foi, contrariamente, revolucionário. A jovem sentia-se melhor após o relato detalhado de seus sintomas e das fantasias que os acompanhavam. Em outras palavras, a mera conversa com o médico tinha um efeito terapêutico. Por essa razão esse novo gênero de tratamento foi apelidado pela própria Anna O. de ‘talking cure’ (cura pela fala) ou ainda, de modo espirituoso, de ‘chimney sweeping’ (limpeza da chaminé).

Logo se descobriu em acréscimo que esvaziar a mente por esse método resultava não apenas em um alívio imediato do sofrimento, como poderia também fazer desaparecer sintomas se, em hipnose, a doente recordasse a primeira ocasião e o motivo do aparecimento de seus sintomas.

A partir dessa primeira experiência com Anna O., Breuer desenvolveu o chamado método catártico. Essa nova linha de tratamento consistia em direcionar a atenção do paciente, em hipnose, para o momento em que seu sintoma se formara e pedir-lhe para tentar reproduzir os processos mentais (sentimentos e pensamentos) que faziam parte dessa cena inicial. O objetivo do médico aqui era tornar conscientes esses processos que no momento da crise eram inconscientes para o enfermo, como explicita Freud em *Recordar, repetir, elaborar* (1914a).

Mas por que a lembrança de acontecimentos esquecidos teria um poder curativo? Primeiramente porque não se busca a rememoração de qualquer acontecimento, mas somente daqueles que guardam uma ligação com o sintoma apresentado e que, fatalmente, como em momento posterior revelou-se, são de ordem traumática (Freud, 1910). Isto quer dizer, caracterizam-se pela sua intensidade ou alto grau de excitação e pela incapacidade do sujeito de reagir a eles de modo não patológico no momento de sua vivência (Laplanche e Pontalis, 1982).

Esses acontecimentos traumáticos que buscamos trazer à consciência, contudo, somente adquirem essa qualidade (traumática) *a posteriori*. Laplanche e Pontalis (1982) nos mostram que é um segundo acontecimento que desperta as excitações provocadas pelo primeiro, que, até então, estavam suprimidas da consciência – processo psíquico que detalharei adiante. Isso significa que o trauma caracteriza-se pela existência de, no mínimo, dois acontecimentos (ou *cenar*). O primeiro acontecimento representaria uma intensidade excessiva de excitação, acima das capacidades de processamento do indivíduo, mas que, por si só não

provocaria o trauma. Já o segundo, devido a uma ligação associativa com o primeiro, reativaria as tensões vividas anteriormente, mas, dessa vez, o indivíduo teria maior capacidade para entendimento daquilo que lhe ocorreu outrora e, então, o primeiro acontecimento ganharia seu valor traumático.

É importante acrescentar que, nessa fase, Freud acreditava que as cenas descritas eram, invariavelmente, de cunho sexual. A primeira delas caracterizada pela sedução real do sujeito quando criança por um adulto⁴ – ainda que, para ele, nesse momento a cena não comportasse qualquer significado sexual – e a segunda ocorreria após a puberdade, quando o indivíduo já teria recursos para qualificar a primeira.

Em resumo, nas palavras de Laplanche e Pontalis (1982):

O traumatismo vê a sua ação decomposta em vários elementos e supõe sempre a existência de, pelo menos, dois acontecimentos: numa primeira cena, chamada de sedução, a criança sofre uma tentativa sexual por parte do adulto, sem que esta dê origem nela a qualquer excitação sexual; uma segunda cena, muitas vezes aparentemente anódina, e ocorrida depois da puberdade, vem evocar a primeira por qualquer traço associativa. É a lembrança da primeira que desencadeia um afluxo de excitações sexuais que excede as defesas do ego. Embora Freud chame de traumática a primeira cena, vemos que, do ponto de vista econômico, só a posteriori esse valor lhe é conferido; ou ainda: só como lembrança a primeira cena se torna a posteriori patogênica, na medida em que provoca um afluxo de excitação interna (Laplanche e Pontalis, 1982, p.524).

Para defender-se das excitações excessivas vividas na primeira cena, o psiquismo do sujeito recorre a uma operação que Freud denominou recalque. Seu papel é excluir da consciência as representações (“pensamentos, imagens, recordações”) (Laplanche e Pontalis, 1982, p. 430) ligadas às pulsões, cuja realização provocaria desprazer (Roudinesco e Plon, 1997, p.647). Em outras palavras, Freud e Breuer (1893-1895) caracterizam o momento traumático (real) pela ação do ego sobre uma ideia que lhe é incompatível no sentido de excluí-la da consciência, ou seja, recalca-la. Ao fazer isso, o indivíduo se vê, aparentemente, livre da dor psíquica que seria produzida pela primeira cena.

Digo *aparentemente* porque a ideia recalçada, contudo, guarda um quantum de energia (afeto) que não é suprimido, mas somente desligado da sua representação original (registro mnêmico do acontecimento traumático). Esse afeto,

⁴ Essa ideia ficou conhecida como *Teoria da Sedução* e foi sustentada por Freud de 1895 a 1897 (Laplanche e Pontalis, 1982).

então, retorna à consciência na forma do sintoma, o qual podemos entender, logo, como resultado do processo de recalçamento realizado pelo psiquismo. O sintoma é, pois, um substituto do registro mnêmico do acontecimento traumático que fora afastado da consciência (Freud, 1926a); ou ainda, ele se forma por “resíduos” ou “precipitados” de experiências traumáticas. A natureza particular de cada sintoma poderia ser explicada, portanto, pela relação com a cena traumática que o causara (Freud, 1910).

Freud e Breuer (1893-1895) explicitam e resumem esse processo ao referir-se ao caso de uma de suas pacientes, a Srta. Elisabeth von R.:

O resultado desse conflito foi que a representação erótica foi recalçada para longe da associação e o afeto ligado a essa representação foi utilizado para intensificar ou reviver uma dor física que estivera presente simultaneamente ou pouco antes. Assim, tratava-se de um exemplo do mecanismo de conversão com finalidade de defesa (Freud e Breuer, 1893-1895, p.177)

Uma vez mapeado o processo de formação do sintoma, descobriu-se que caminho para a cura do paciente estaria na religação do afeto à sua representação original, em outras palavras, na rememoração do acontecimento traumático esquecido, como colocado anteriormente. Tal religação só teria um efeito terapêutico se, todavia, fosse acompanhada de uma descarga emocional do afeto investido no sintoma – fenômeno denominado ab-reação (Laplanche e Pontalis, 1982). Em outras palavras, o afeto que antes investia sua energia no sintoma, deve ser liberado (ab-reagido) por uma via normal (lembança), esvaziando deste modo o sintoma de investimento, o que resultaria em sua dissolução (Freud, 1910). Ou seja, a simples recordação do evento traumático não é suficiente para a resolução do quadro patológico, se não estiver atrelada à ab-reação do afeto.

Em síntese, como vimos, nesse momento, Freud e Breuer entendiam que a etiologia das afecções encontradas poderia ser localizada no evento traumático real sofrido pelo sujeito na infância e que a lembrança desse acontecimento, juntamente com a ab-reação do afeto que lhe é próprio, possibilitaria a dissolução do sintoma. É interessante notar que, como apontam Freud e Breuer (1893), “A linguagem serve de substituta para a ação” (p.44) – é falando que os sintomas desaparecem. Mas que, nessa fase, quem tem o papel de comunicar, em hipnose, a causa da patologia

manifesta é o paciente (que traz à memória as lembranças esquecidas), e não o analista – que assumirá esse papel adiante, como veremos.

O método catártico foi largamente utilizado por Freud e Breuer no tratamento de doentes histéricas e consagrado com o livro *Estudos sobre a Histeria* (1985), no qual ambos os pesquisadores relatam as descobertas feitas e o sucesso obtido com esse tratamento.

Apesar do êxito, após sucessivos casos, o método catártico começou a se mostrar insuficiente, devido a uma série de fatores:

[a] Nem todos os pacientes eram susceptíveis à hipnose (Freud, 1910);

[b] Os resultados com o tratamento não eram permanentes, ou seja, após um período de remissão, os mesmos sintomas reapareciam ou novos sintomas se manifestavam (Freud, 1926);

[c] Tampouco eram independentes da relação pessoal entre o paciente e o médico (Freud, 1926a) – Essa discussão representa o germe para a conceituação da transferência, que se tornou um dos pilares fundamentais da clínica psicanalítica e que será explorado adiante nesse trabalho.

[d] A hipnose colocava o paciente em um estado inconsciente e de total entrega ao médico, no qual suas resistências psíquicas ao tratamento eram suprimidas, o que, em um primeiro momento, parecia ser o único caminho para cura dos sintomas. Contudo, Freud logo verificou que frequentemente as resistências dos pacientes apontavam justamente para a causa do seu adoecimento, devendo ser objeto de atenção e não de supressão. Para uma cura definitiva, era preciso superar a defesa que impedia a lembrança das causas do adoecimento (Freud, 1914b);

[e] Freud passa a suspeitar da veracidade dos acontecimentos traumáticos rememorados em hipnose (Uchitel, 1997);

[f] Finalmente, a descoberta de que os sintomas eram causados por não um, mas possivelmente, vários eventos traumáticos gera a necessidade de uma reconstrução completa desses fatos, a catarse de todos os traumas e a investigação da origem de cada sintoma individualmente. Isso quer dizer, como nos indica Uchitel (1997), que passamos de uma clínica preocupada com sintomas para uma clínica preocupada com causas.

Como consequência dos fatores apresentados, o método clínico precisará sofrer ajustes. Nas palavras de Uchitel (1997):

À recordação e à ab-reação será necessário agora acrescentar o trabalho de “decifração de sinais”, de atribuição de significados, de atribuição de sentidos, os quais precedem o que se entenderá como trabalho interpretativo (p. 25).

A adoção de uma nova técnica que dispensa a hipnose e o método catártico assinala o advento da psicanálise propriamente dita (Freud, 1914b) – e é a esse momento que nos dedicaremos no próximo capítulo.

CAPÍTULO 2. O MÉTODO INTERPRETATIVO: ORIGEM E FUNÇÕES

2.1. Novo cenário teórico: associação livre, teoria do trauma e fantasia

Após o abandono do método catártico, uma nova concepção clínica, a psicanalítica, começava a ganhar forma. A primeira mudança realizada, como nos conta Freud em *Recordar, repetir, elaborar* (1914a), foi a substituição da hipnose pela associação livre. Em outras palavras, em vez de pedir para o enfermo, em hipnose, focalizar sua atenção e sua fala nos momentos ou problemas especificamente relacionados ao seu sintoma, pede-se para que ele, ao contrário, expresse verbalmente tudo que lhe venha à cabeça, sem críticas ou julgamentos, tendo esse conteúdo relação direta ou não com seu sintoma.

A mudança se justificava pela constatação de que a chamada associação “livre” se revelasse, em realidade, não livre, pois as ideias apresentadas em consultório, mesmo de modo não direcionado, mostravam-se, constantemente, relacionadas ao material inconsciente (Freud, 1924).

A associação livre se estabeleceu como a “regra fundamental da psicanálise” (Freud, 1912b). Diz-se “regra”, pois, à liberdade da fala, acrescenta-se a exigência da exclusão de toda crítica que possa surgir como um impedimento (ou resistência) para a exteriorização de uma ideia. Ou seja, o paciente deve comunicar ao médico todos os pensamentos que lhe ocorrem em análise, ainda que estes lhe pareçam sem sentido, equivocados ou constrangedores (Freud, 1911).

Freud (1912b) ressalta a importância da imposição dessa exigência especialmente para pacientes que têm o costume de esquivar-se para um debate intelectual, racionalizando sentimentos e comportamentos. O psicanalista entende que essa postura representa uma forma de resistência do psiquismo que atua no sentido de impedir a manifestação de conteúdos reprimidos.

Em resumo, nas palavras de Freud (1914a), comparando o método catártico com a psicanálise que, então começava a se desenvolver, vemos que:

As situações que haviam ocasionado a formação do sintoma e as outras anteriores ao momento em que a doença irrompeu conservaram seu lugar como foco de interesse; mas o elemento da ab-reação retrocedeu para segundo plano e pareceu ser substituído pelo dispêndio de trabalho que o paciente tinha de fazer por ser obrigado a superar sua censura das associações livres, de acordo com a regra fundamental da psicanálise. (Freud, 1914a, p. 263).

A passagem nos atenta para uma dificuldade colocada em cena pelo uso da associação livre: as censuras ou resistências do paciente ao tratamento, antes colocadas em suspensão pela hipnose e com as quais, agora, o analista deveria lidar de frente. Para tanto, ele deveria valer-se da *interpretação* com o auxílio da *transferência* – em um primeiro momento entendida também como resistência e a qual nos dedicaremos em maior profundidade a seguir. O papel da interpretação, aqui, seria tornar conscientes ao paciente suas resistências ao tratamento para que, uma vez vencidas, ele possa relacionar, sem dificuldade, sua condição atual com os eventos traumáticos esquecidos (Freud, 1914a).

Com a associação livre, logo, o objetivo clínico parecia continuar o mesmo que outrora: descobrir o que o paciente deixara de recordar (Freud, 1924). Mas uma importante descoberta fez com que Freud deixasse de se preocupar com a lembrança do acontecimento traumático *real*, entendido anteriormente como a etiologia da neurose. Em carta a seu amigo Wilhelm Fliess, Freud (1987) diz “não acreditar mais em sua neurótica”, isto é, que ele agora entendia que as cenas de sedução retratadas por suas pacientes histéricas foram de caráter imaginário/fantasiado, e não real.

Isso significa que devemos passar a considerar uma realidade psíquica e não somente a real:

Se os pacientes histéricos remontam seus sintomas e traumas que são fictícios, então o fato novo que surge é precisamente que eles criam tais cenas na fantasia, e essa realidade psíquica precisa ser levada em conta ao lado da realidade prática. (Freud, 1914b, p.28).

A essa consideração adicionou-se a descoberta de que as fantasias mencionadas eram representações da atividade auto erótica dos primeiros anos de infância do paciente e tinham a função de encobrir tais vivências, torná-las mais atraentes e toleráveis à consciência (Freud, 1914b.). Deste modo, faz-se necessária, como consequência, uma nova técnica que não se fundamentasse somente na rememoração de fatos datáveis, mas na tradução daquilo que o paciente manifesta como sintoma e fantasia em sentimentos e recordações.

2.2. Da Interpretação dos sonhos à interpretação dos sintomas

Foi a partir do modelo desenvolvido com a interpretação dos sonhos que Freud chegou ao método interpretativo utilizado em sua clínica. Em *Sobre os Sonhos* (1901), o psicanalista nos apresenta um resumo de seus aprendizados da *Interpretação dos Sonhos* (1900). Passaremos pelos principais pontos abordados com o objetivo de entender os fundamentos da técnica interpretativa.

Primeiramente, Freud (1901) defende que os sonhos, ainda que nos pareçam por vezes confusos e sem sentido, são repletos de significados. Isso porque a lembrança ou relato que temos do sonho (“conteúdo manifesto”) é diferente do que ele representa (“conteúdo latente”). A diferença é devida a um longo processo (“trabalho do sonho”) de deformação do sentido original do sonho.

Esse processo não só é responsável por tornar o sonho incompreensível (distorcido) para nós, como também por comprimi-lo ou condensá-lo. Isto quer dizer que cada elemento do conteúdo do sonho está, frequentemente, substituindo inúmeros outros elementos que não estão no sonho e podem disparar uma cadeia de associações no sonhador que pensa sobre eles.

Mas porque nosso psiquismo empreende essa tarefa de deformar o sentido de nossos sonhos? O que Freud descobriu foi que os pensamentos e histórias retratados nos sonhos dizem respeito aos conteúdos recalcados da consciência, desagradáveis ao eu e dos quais ele deseja defender-se.

Não posso deixar de concluir, então, que existe um vínculo casual entre a obscuridade do conteúdo do sonho e o estado de recalçamento (inadmissibilidade à consciência) de alguns dos pensamentos oníricos, e que o sonho se veria forçado a ser obscuro para não trair os pensamentos oníricos proscritos. (Freud, 1901, p. 687)

Nesse sentido, os sonhos são um exemplo do que Freud denominou *formações de compromisso* porque satisfazem os desejos de duas forças psíquicas em conflito: uma que luta para que os pensamentos que representam o desejo voltem à consciência e outra que trabalha na direção oposta, de repressão. (Freud, 1900).

Chegamos, assim, à fórmula que Freud (1901) utiliza para caracterizar o sonho. Em suas palavras, os sonhos são “realizações disfarçadas de desejos recalcados” (p.688). A experiência analítica demonstrou, adicionalmente, que na

maioria dos casos estudados os desejos que se apresentavam eram de natureza sexual e à infância dos pacientes.

Para acessar o sentido oculto dos sonhos, a estratégia criada por Freud foi dividir o sonho em seus elementos e descobrir separadamente as associações ligadas a cada um desses fragmentos. Repetindo esse processo sucessivas vezes, o paciente chegaria a conteúdos dos quais ele não estaria ciente, que poderiam lhe parecer estranhos e desagradáveis, mas são justamente as ideias desse tipo são as que teriam maior conexão com os conteúdos inconscientes.

Além da decomposição do sonho em partes para associação livre, o exame do caráter simbólico dos elementos do sonho também pode trazer bons resultados na direção do descobrimento do conteúdo latente do sonho. Freud (1901) nos mostra que alguns símbolos seriam universalmente compartilhados e poderiam ser encontrados em diversos sonhadores de uma mesma língua ou cultura. Esses significados comuns a determinados grupos poderiam contribuir para a interpretação do sonho quando as associações do sonhador fossem insuficientes ou totalmente inexistentes. Ademais, o simbolismo onírico também seria extremamente útil para a análise de sonhos recorrentes, comuns a muitos indivíduos.

Todavia, o caráter simbólico de grande parte dos elementos dos sonhos é formado a partir das representações e vivências particulares do indivíduo (ainda que possa comportar um sentido universal *também*). Isso significa que jamais poderemos prescindir do sonhador para associar livremente e dar significado ao sonho, por mais que aprofundemos nosso conhecimento nos símbolos culturais e linguísticos. Nas palavras de Freud:

A propósito, seria um equívoco esperar que, se tivéssemos um conhecimento ainda mais profundo do simbolismo onírico (da “linguagem dos sonhos”), poderíamos prescindir de perguntar ao sonhador por suas associações ao sonho e retornar inteiramente à técnica de interpretação de sonhos da Antigüidade. [...] O conhecimento do simbolismo onírico nunca fará mais do que nos habilitar a traduzir certos componentes do conteúdo do sonho e não nos isentará da necessidade de aplicarmos as regras técnicas que forneci anteriormente. (Freud, 1901, p. 697)

O processo de separação dos elementos do sonho em pedaços representa a essência do trabalho de análise, na acepção literal da palavra – de decomposição e exame das partes. Uma vez que o sonho é decomposto e a cada parte ganha novas associações, um novo sentido é conferido à narrativa inicialmente manifesta, desta

vez atribuído em análise, pela interpretação⁵. Aqui observamos uma importante função da interpretação: a de desconstrução de sentido. Em outras palavras, antes de traduzir, a análise precisa ‘detraduzir’ para que se possam encontrar novas nomeações, explicações ou sentidos. Nas palavras de Laplanche (1992, citado por Uchitel, 1997) o papel essencial na função interpretativa seria:

[...] a interpretação psicanalítica consiste em desfazer uma tradução existente, espontânea, eventualmente sintomática, para encontrar, alguém desta, aquilo que ela desejava ardentemente traduzir e para permitir uma tradução ‘melhor’, isto é, mais completa, mais abrangente e menos recalcante. (Laplanche apud Uchitel, 1997, p.89).

Um vez que entendemos (ou começamos a entender) como a interpretação é utilizada para revelação do sentido dos sonhos, resta compreender como e porque esse método se aplica na clínica com o objetivo de dissolver sintomas. Freud (1901) nos afirma que o modelo apresentado para explicar a formação dos sonhos também representa a gênese de muitas outras estruturas psicopatológicas, como os sintomas histéricos, fobias, obsessões e delírios. Todos esses processos teriam em comum a distorção de um sentido latente e a condensação/deslocamento de sentidos em uma única representação.

Atentando especificamente para os sintomas, vemos que sua descrição por parte de Freud (1900) assemelha-se muito àquela dos sonhos, sendo concebidos como fruto de uma formação de compromisso entre dois sistemas se encontram em conflito entre si. Contudo, como sabemos, essa forma de lidar com os conflitos é, na verdade, uma fuga de sua resolução e do tipo ineficiente, pois provoca sofrimento. Mas se compreendemos agora que os sonhos e os sintomas compartilham entre si importantes semelhanças, podemos deduzir porque a técnica interpretativa desenvolvida nos sonhos é utilizada para a busca da dissolução dos sintomas⁶.

Como aponta Uchitel (1997), o caminho para a cura, na visão freudiana, estava na descoberta, no *deciframento* do enigma dos sintomas. O trabalho de ‘análise’ deve poder *explicar* as ideias (obsessivas, por exemplo), sendo a

⁵ Interessante observar como, nesse artigo, Freud utiliza os termos “análise” e “interpretação” em alguns momentos como sinônimos. Ainda que o significante “análise” represente toda a sua linha teórica, acredito que, aqui, a análise figuraria como uma primeira etapa da interpretação. Ou seja, primeiramente, separamos as partes para, em seguida, a partir de cada uma delas, chegar a um (ou mais) sentido(s).

⁶ Cabe acrescentar, de todo modo, que a técnica de interpretação dos sonhos foi desenvolvida também com base na experiência de Freud com os fenômenos psicopatológicos.

explicação entendida como algo que pode dar conta de uma origem, de um motivo. Nas palavras dela, a interpretação seria:

*[...] incursão intelectual, como um árduo e concentrado trabalho de pesquisa, que através da “discussão”, da “explicação”, da “demonstração”, da “exposição de teorias e razões” e da “elaboração de hipóteses” persegue o **deciframento do sentido oculto do sintoma**. (Uchitel, 1997, p.72, grifos meus)*

Esse caráter “explicativo”, a ideia de que Freud tem argumentos e tenta demonstrar suas hipóteses ao paciente, “convencendo-o” da verdade de sua interpretação é claramente observado na leitura do caso Dora (ao qual, dadas as limitações dessa monografia, não iremos nos ater).

Até então, vemos que a hipótese clínica básica permanecia igual ao método catártico anteriormente apresentado, isto é, revelando-se o sentido do sintoma neurótico, curava-se o paciente. É verdade que, como nos coloca Uchitel (1997) “entender amplia, faz nexos, liga às representações afetos aparentemente incompreensíveis, e isso tranquiliza, diminui a angústia” (p.103) e, talvez, a revelação do enigma já tivesse, por si só, um efeito terapêutico. Contudo, como a própria autora comenta, a resposta do paciente “‘entendi, mas mesmo assim o sintoma continua...’ [diante de uma interpretação] é mais frequente do que gostaríamos” (p.103).

Logo, à atribuição de um sentido ao sintoma deve acrescentar-se um novo processo, de *elaboração*. Em outras palavras, da mesma forma como, no método catártico simplesmente recordar não era suficiente, aqui a mera explicação não basta. No trabalho com as resistências, o paciente demandará tempo para se familiarizar com elas, para elaborá-las, ou ainda, para superá-las. É preciso que o novo sentido dispare novas associações que permitam mudanças no comportamento do sujeito.

2.3. A interpretação na clínica: O papel da transferência

Em *A dinâmica da transferência* (1912a), Freud entende que, na análise, a transferência seria a mais forte resistência ao tratamento, considerando-a, nesse primeiro estágio, um obstáculo. Contudo, nesse mesmo artigo, Freud entende que um tipo de transferência, a positiva, poderia contribuir para cura. Essa transferência representaria os sentimentos do tipo amistosos ou afetuosos do paciente em relação a seu médico e também de impulsos eróticos reprimidos, sendo os últimos indesejáveis na clínica (nessa primeira fase). A transferência negativa, por sua vez, referia-se aos seus sentimentos hostis do paciente em relação ao analista.

Graças a essa transferência positiva, como nos indica Freud em *A questão da análise leiga* (1926), “o neurótico põe-se a trabalhar” (p.221). O paciente crê que o analista tem o poder de lhe curar e a sua convicção já é suficientemente poderosa para lhe trazer resultados terapêuticos efetivos. Nesse sentido, a técnica psicanalítica poderia ser aproximada de um tratamento por sugestão⁷, remontando às suas origens na hipnose de Charcot.

Essa constatação poderia nos levar a pensar que um analista devesse, logo, buscar estabelecer uma transferência positiva em análise, ou seja, buscar conquistar o afeto de seus pacientes. Porém, em *Recomendações aos Médicos que exercem psicanálise*, Freud (1912b) defende o extremo oposto. Em suas palavras:

Não posso aconselhar insistentemente demais os meus colegas a tomarem como modelo, durante o tratamento psicanalítico, o cirurgião, que põe de lado todos os sentimentos, até mesmo a solidariedade humana, e concentra suas forças mentais no objetivo único de realizar a operação tão competentemente quanto possível. (Freud, 1912b, p. 128).

Logo, para Freud (1912b), assim como um cirurgião, o analista deve buscar uma neutralidade na relação com o paciente. A “frieza emocional” (p.128) do analista, segundo o autor, cria melhores condições para o tratamento e, como um adicional, protege a vida emocional do próprio analista. Em outras palavras, usando uma metáfora sugerida por Freud, o médico deve apresentar-se a seus pacientes como um espelho e “não lhes mostrar nada, exceto o que lhe é mostrado” (p.131). A

⁷ “Termo que designa um meio psicológico de convencer um indivíduo de que suas crenças, suas opiniões ou suas sensações são falsas, e de que, inversamente, as que lhe são propostas são verdadeiras. Na história da psiquiatria dinâmica, dá-se o nome de sugestão a uma técnica psíquica [...] que repousa na ideia de que, através da fala, uma pessoa pode influenciar outra e, com isso, modificar seu estado afetivo.” (Roudinesco e Plon Dicionário de Psicanálise, 1997, p.735)

afetividade, ao contrário, ainda que possa contribuir para o compartilhamento antecipado de ideias constrangedoras, cujas resistências convencionais e conscientes do paciente o fariam omiti-las por mais tempo, em nada colabora para a revelação daquilo que lhe é inconsciente. Na verdade, para Freud, uma abordagem que busca intencionalmente estabelecer o que chamamos de “transferência positiva” só prejudicaria o enfermo, pois dificultaria ainda mais a superação de suas resistências mais profundas.

Ainda que tenha o poder de dissolver sintomas, incrementar propositalmente a transferência teria apenas resultados superficiais e passageiros e, conforme Freud (1913), estaríamos trabalhando com sugestão e não com psicanálise. No limite, só estaria curado um paciente que prescindia da transferência para dissolução de seus sintomas, conforme colocado por Freud (1913):

Só merece esse nome [psicanálise] se a intensidade da transferência foi utilizada para a superação das resistências. Somente então a enfermidade tornou-se impossível, mesmo quando a transferência foi mais uma vez desfeita, o que é seu destino (Freud, 1913, p. 158).

No artigo de 1926, *A questão da análise leiga*, Freud complementa essa ideia ao nos dizer que a transferência deve ser utilizada somente para auxiliar o paciente na superação das suas resistências (antes suprimidas pela hipnose), mas nunca dos seus sintomas, como ocorre em outros processos psicoterapêuticos.

Já lhe disse que o uso que fazemos dessa influência ‘sugestiva’ é particularmente grande. Não para suprimir os sintomas - isso distingue o método analítico de outros processos psicoterapêuticos -, mas como uma força motora a fim de induzir o paciente a superar suas resistências (Freud, 1926b, p. 221).

Em *Sobre a psicoterapia*, Freud (1905) nos apresenta uma comparação ainda mais didática sobre as diferenças entre a técnica sugestiva e a psicanalítica, traçando um paralelo com as fórmulas *per via di porre* e *per via di levare* criadas por Leonardo da Vinci para distinguir o trabalho artístico empregado em uma pintura daquele utilizado na escultura. Em Freud:

A pintura, diz Leonardo, trabalha per via di porre, pois deposita sobre a tela incolor partículas coloridas que antes não estavam ali; já a escultura, ao contrário, funciona per via di levare, pois retira da pedra tudo o que encobre a superfície da estátua nela contida. De maneira muito semelhante, senhores, a técnica da sugestão busca operar per via di porre; não se

importa com a origem, a força e o sentido dos sintomas patológicos, mas antes deposita algo - a sugestão - que ela espera ser forte o bastante para impedir a expressão da ideia patogênica. A terapia analítica, em contrapartida, não pretende acrescentar nem introduzir nada de novo, mas antes tirar, trazer algo para fora, e para esse fim preocupa-se com a gênese dos sintomas patológicos e com a trama psíquica da ideia patogênica, cuja eliminação é sua meta. Se abandonei tão cedo a técnica da sugestão, e com ela, a hipnose, foi porque não tinha esperança de tornar a sugestão tão forte e sólida quanto seria necessário para obter a cura permanente. Em todos os casos graves, vi a sugestão introduzida voltar a desmoronar, e então reaparecia a doença ou um substituto dela. (Freud, 1905, p. 247).

Do trecho, resgatamos, ainda, o caráter de deciframento da técnica psicanalítica (ou da interpretação), que não parte do nada nem procura adicionar algo que ali não está, mas busca desvelar um conteúdo pré-existente e encoberto, como um escultor que lapida uma peça.

De volta à transferência, vemos que, mais do que um facilitador do processo analítico e uma fonte de interpretação das resistências do paciente, descobriu-se por fim outra importante característica dessa relação. Assim como as formações inconscientes, a transferência constitui, em si mesma, uma repetição do passado esquecido, que busca elaboração (Freud, 1914a). Em outras palavras, o paciente em análise, reencena com o analista as suas fantasias infantis e a trama edípica que viveu, como podemos atestar pela passagem a seguir:

Por 'transferência' quer-se dizer uma peculiaridade marcante dos neuróticos. Eles desenvolvem para com seu médico relações emocionais, tanto de caráter afetuoso como hostil, que não se baseiam na situação real, mas que derivam de suas relações com os pais (o complexo de Édipo). A transferência é uma prova do fato de que os adultos não superaram sua antiga dependência infantil; ela coincide com a força que foi designada como 'sugestão'; e é somente aprendendo a fazer uso dela que o médico fica capacitado a induzir o paciente a superar suas resistências internas e a eliminar suas repressões. (Freud, 1926b, p. 263).

Em conclusão, podemos entender que a transferência é condição fundamental para a análise. Isso por que, primeiramente, por acreditar no analista, o paciente se dispõe ao trabalho – o vínculo que se cria entre paciente e analista (independentemente de sua natureza, afetuosa ou hostil) é imprescindível para que o tratamento alcance os resultados desejados. Em segundo lugar, a transferência em si é uma expressão das resistências do paciente ao tratamento, constituindo-se em rico material de análise (e interpretação). Finalmente, na transferência o paciente reencena suas fantasias e sua trama edípica e essa é, como vimos, sua maneira de recordar, imprescindível para elaboração.

2.4. Sobre a legitimidade e a técnica de uma interpretação

Freud (1926b) nos afirma que a garantia para a eficácia terapêutica de uma interpretação seria a combinação da “interpretação certa” proposta no “momento exato”. Mas como podemos definir e a assertividade e o *timing* de uma interpretação?

Em *A questão da análise leiga*, o leigo (interlocutor de Freud, não médico) faz a seguinte pergunta ao pai da psicanálise: “Se tudo depender de minha interpretação, quem pode garantir que eu interpreto certo? Assim, afinal de contas, tudo é deixado ao meu capricho?” (p.216). Diante da questão, Freud (1926b) responde: “Quando o senhor atingiu certo grau de autodisciplina e possui certo conhecimento à sua disposição, suas interpretações serão independentes de suas características pessoais e atingirão o alvo” (p.216)

Mas e antes disso, antes que a experiência possa me salvaguardar, o que fazer? Freud não nos responde. Ele acrescenta, contudo, que são características importantes e desejáveis de um analista: “Uma espécie de agudeza em ouvir o que está inconsciente e reprimido” (p.216) (novamente, bastante subjetivo) e uma profunda (não necessariamente longa em tempo) análise pessoal.

Em relação ao tempo certo de se fazer uma interpretação, Freud (1926b) nos alerta para o erro de lançar interpretações precipitadas, isto é, antes que o próprio paciente possa reconhecê-las. Isso resultaria em “resistência, rejeição e indignação” (p.217) e não terá nenhum efeito no sentido de revelar o material oculto. Nas palavras de Freud, a fórmula para acertar no momento da apresentação de uma interpretação seria:

*[...] esperar até que o paciente tenha chegado tão perto do material reprimido que ele tenha apenas mais alguns passos na dianteira da interpretação que o senhor propuser [...] Isto é uma **questão de tato**, que pode tornar-se mais requintada com a experiência.(1926b, p.217, grifos meus.)*

Vemos, logo, que as diretrizes para o manejo da técnica interpretativa são nebulosas, o que nos abre espaço para questionar a sua legitimidade. Pela passagem a seguir, podemos perceber que essa era uma também questão para

Freud (1914c), quando ele avalia a autenticidade das interpretações que fizera acerca de uma obra de arte:

Mas, e se ambos nos tivermos extraviado por um caminho errado? Se houvermos tomado de maneira demasiado séria e profunda uma visão de detalhes que nada são para o artista, detalhes que introduziu de modo inteiramente arbitrário ou por razões puramente formais, sem nenhuma intenção oculta por trás deles? Se houvermos partilhado o destino de tantos intérpretes que pensaram perceber muito claramente coisas que o artista não pretendeu, nem consciente, nem inconscientemente? Não posso dizer. Não posso dizer se é razoável creditar Michelangelo - artista em cujas obras existem tantos pensamentos lutando por expressão - com uma falta de precisão tão elementar e, especialmente, se isso pode ser presumido em relação às notáveis e singulares características da estátua que estamos examinando. E, finalmente, nos será permitido ressaltar, com toda a modéstia, que o artista não é menos responsável que os intérpretes pela obscuridade que circunda sua obra. (1914c, p.246, grifos meus.)

Felizmente, em construções em análise, como veremos adiante, Freud (1937) nos apresenta propostas mais concretas para validar nossas interpretações (ou construções). De qualquer forma, Uchitel (1997) nos indica que, no que concerne à verdade ou falsidade de uma interpretação, “na medida em que a psicanálise se desenvolve, cada vez mais afasta-se da ideia do encontro com uma verdade objetiva e do deciframento de uma realidade material” (p. 88).

CAPÍTULO 3. DESDOBRAMENTOS DA TÉCNICA: INTRODUÇÃO À NOÇÃO DE CONSTRUÇÃO

3.1 Sobre a noção de construção e suas diferenças com a interpretação

Em *Construções em Análise*, Freud (1937) retoma o objetivo do trabalho de psicanalítico, sendo este: “induzir o paciente a abandonar as repressões próprias de seu primitivo desenvolvimento e a substituí-las por reações de um tipo que corresponda a uma condição psiquicamente madura” (p.271). Para tanto, ele deve ser auxiliado (pelo analista) a lembrar-se de algumas vivências e dos *impulsos afetivos* por elas provocados, dos quais ele se esqueceu. Isso porque, como vimos anteriormente e conforme retomado por Freud (1937), o acesso às lembranças reprimidas constituem a fonte para o deciframento do sintoma⁸.

Esse trabalho de recordação, contudo, é mais difícil e complexo do que se poderia, em um primeiro momento, imaginar. A experiência clínica mostrou que, em muitos casos, o analista não consegue fazer com que o paciente recorde todo o conteúdo que foi reprimido de sua consciência (Freud, 1937). Mas se nossa clínica está apoiada na lembrança como caminho para a dissolução dos sintomas, como sustentamos o tratamento psicanalítico? Segundo Freud (1937), diante dessa revelação, a tarefa do analista seria, como resultado, a de “completar aquilo que foi esquecido a partir dos traços que [o reprimido] deixou atrás de si ou, mais corretamente, *construí-lo*” (p. 272).

Para Roudinesco e Plon (1997) este trabalho de *construção* pode ser descrito como “Uma elaboração que o analista deve realizar na análise para reconstituir literalmente a história infantil e inconsciente do sujeito” (p. 389). Trabalho tal que, na visão de Freud, aproxima-se àquele de escavação de um arqueólogo, como vemos na seguinte passagem:

Seu trabalho de construção, ou, se se preferir, de reconstrução, assemelha-se muito à escavação, feita por um arqueólogo, de alguma morada que foi destruída e soterrada, ou de algum antigo edifício. [...] assim como o arqueólogo ergue as paredes do prédio a partir dos alicerces que permaneceram de pé, determina o número e a posição das colunas pelas depressões no chão e reconstrói as decorações e as pinturas murais a partir

⁸ Causou-me certa surpresa a semelhança que essa descrição, apresentada ao final da obra freudiana (1937), guarda com aquela dos primeiros escritos de Freud e Breuer (1893-1895), nos quais os estudiosos utilizam quase os mesmos termos (recordação, experiência, impulsos afetivos...) para se referir ao sintoma e ao método clínico.

dos restos encontrados nos escombros, assim também o analista procede quando extrai suas inferências a partir dos fragmentos de lembranças, das associações e do comportamento do sujeito da análise. (Freud, 1937, p. 273).

A construção pode ser entendida, logo, como uma tarefa do analista que se dirige a construir ou reconstruir aquilo que foi esquecido pelo paciente. Mas, enquanto o arqueólogo trabalha com escombros, a matéria prima do analista são os fragmentos de lembranças, sonhos, associações, e, ainda, as “repetições dos afetos pertencentes ao material reprimido que podem ser encontradas em ações desempenhadas pelo paciente tanto dentro quanto fora da situação analítica” (Freud, 1937, p.272).

Para o arqueólogo, adicionalmente, a reconstrução representa o propósito final de sua empreitada. Já em análise, essa constitui apenas um “trabalho preliminar” (Freud, 1937, p. 274). Freud não se dedica a detalhar nesse artigo qual seria, o trabalho a ser feito em seguida e deixa-nos com a questão. Mas podemos supor, com base no que aprendemos com o método catártico e o interpretativo que, assim como as recordações e as interpretações, a construção do analista, sozinha, não basta. Ela deve servir para dar início a novas associações, interpretações e, claro, deve contribuir para a elaboração por parte do paciente. Quanto a esse ponto, Freud (1937) nos lembra de que o trabalho de análise é sempre desempenhado por duas partes (analista e paciente) em conjunto, cada uma com uma tarefa distinta e dependente do trabalho da outra para o sucesso do percurso analítico.

Freud (1937) reconhece que nós, seus leitores, talvez nos questionemos porque o psicanalista tratara tão pouco das “construções” em seus escritos técnicos anteriores, uma vez que essa prática parece agora ocupar um importante lugar no percurso psicanalítico. Ele nos explica que, na verdade, as construções já estavam enunciadas em sua obra, mas com o nome de “interpretação”. Em suas palavras: “[...] isso se deve ao fato de que, em troca, se fala nas ‘interpretações’ e em seus efeitos. Mas acho que ‘construção’ é de longe a descrição mais apropriada.” (Freud, 1937, p. 275). Com essa fala, Freud (1937) nos passa a sensação de ele sempre trabalhou com construções, mas estas estavam inadequadamente nomeadas e que, agora, ele nos propõe uma substituição do termo, mas não do método. Ou seja, seria simplesmente um outro termo para a mesma operação.

A proposta está em linha com a constatação de que os objetivos do analista e da clínica parecem manter-se os mesmos de quando trabalhávamos com as interpretações: “trazer à luz o que está completamente oculto [para o paciente]” (Freud, 1937, p.274). Laplanche e Pontalis (1982) também ajudam a reforçar essa ideia ao afirmarem que a construção, no sentido de organização de um material, aparece na obra freudiana desde seu início e em diversos momentos. Para os autores, desde a sua descoberta, Freud entende o inconsciente como “uma organização que a cura deve permitir reconstituir.” (p. 98). Laplanche e Pontalis (1982) acrescentam, ainda, que a fantasia, no sentido freudiano do termo, poderia ser entendida como uma construção, uma vez que supõe uma elaboração apoiada parcialmente na verdade.

Até aqui, então, não teríamos claro em que sentido as construções se distanciariam ou diferenciariam das interpretações e se poderíamos dizer que elas representam uma nova prática do analista (ou somente a prática convencional renomeada). Quando Freud (1937) se detém a fazer uma descrição pormenorizada dos conceitos (interpretação e construção), conseguimos mais pistas para tal distinção:

Interpretação’ aplica-se a algo que se faz a algum elemento isolado do material, tal como uma associação ou uma parapraxia. Trata-se de uma ‘construção’, porém, quando se põe perante o sujeito da análise um fragmento de sua história primitiva, que ele esqueceu, aproximadamente da seguinte maneira: ‘Até os onze anos de idade, você se considerava o único e ilimitado possuidor de sua mãe; apareceu então um outro bebê e lhe trouxe uma séria desilusão. Sua mãe abandonou você por algum tempo e, mesmo após o reaparecimento dela, nunca mais se dedicou exclusivamente a você. Seus sentimentos para com ela se tornaram ambivalentes, seu pai adquiriu nova importância para você’. (Freud, 1937, p. 275).

Esse trecho nos indica, portanto, que a interpretação apresenta um caráter mais localizado, ou ainda, que ela incide sobre um elemento específico do material trazido à análise e lhe confere um sentido; já a construção configura-se como um trabalho mais abrangente, por buscar uma remontagem de todo um fragmento da biografia do sujeito (reconstruir anos perdidos de sua história).

Laplanche e Pontalis (1982) e Roudinesco e Plon (1997) nos ajudam a confirmar essa primeira impressão. Os primeiros ao definirem a construção como “Uma elaboração do analista *mais extensiva e mais distante do material do que a interpretação*, e essencialmente destinada a reconstituir nos seus aspectos

simultaneamente reais e fantásticos uma parte da história infantil do sujeito” (Laplanche e Pontalis, 1982, p. 97, grifos meus); e Roudinesco e Plon (1997) ao apontarem que “a construção permite estabelecer de modo coerente a *significação global da história de um sujeito* em vez de se ater à apreensão de alguns *detalhes sintomáticos*” (Roudinesco e Plon, 1997, p. 389, grifos meus).⁹

O trecho em destaque me desperta, adicionalmente, uma segunda questão. Freud parece descrever ao final da citação uma etapa do percurso edipiano. A observação me faz pensar se as descobertas e as postulações teóricas da clínica freudiana conquistadas ao longo de décadas não permitem ao analista, agora, munido de tais saberes, inferir lembranças e sentimentos primitivos da história de seus pacientes (que seriam comuns a toda a humanidade) e, deste modo, ajudá-lo na reconstrução de sua história.

De volta a uma tentativa de diferenciação entre construção e interpretação, Uchitel (1997) nos alerta para o fato de que no artigo de 1937, Freud usa indiscriminadamente os termos “construção” e “reconstrução”, tomando-os como sinônimos. Para a autora os três vocábulos – interpretação, construção e reconstrução – podem ser entendidos de formas distintas, conforme segue:

Poderíamos reservar interpretação para o trabalho com as resistências e com a transferência [...], no trânsito pelas associações, [...] com o propósito de fazer emergir significados, conteúdos latentes, repetições, desejos, fantasias, que subjazem e dão sentido às comunicações e sintomas; e o termo reconstrução para o trabalho de busca das “origens do sujeito”, de inserção de fragmentos biográficos recuperados pelas lembranças, no decorrer do processo analítico a partir da transferência. Finalmente, a construção poderia ser pensada em duas dimensões, na dimensão verbal e na dimensão da vivência no espaço analítico. Construção seria, portanto, construção da cena infantil, das relações de objeto. (Uchitel, 1997, p.87).

Entre “construção” e “reconstrução”, contudo, Uchitel (1997) acredita que o significativo “reconstrução” represente melhor a ideia que Freud deseja transmitir: a de recuperação do material perdido por meio de restos de lembranças. Não sei se penso da mesma forma. Para mim, “reconstrução” parece referir-se a um trabalho de reprodução ou reconstituição que deve necessariamente guardar fidelidade com sua peça original/real. Mas, como vimos, Freud passou a falar em “construções” (ou reconstruções) justamente por constatar que as interpretações não exprimem

⁹ Em discussão da aula da disciplina “Clínica Psicanalítica II”, chegamos a um entendimento conjunto de que uma construção só é possível após sucessivas interpretações, estas últimas atuando, logo, como as partes de um todo.

necessariamente uma verdade comprovável (ou que nem todas as experiências são recordáveis). Como nos esclarece Rosenfeld (1998) em *Palavra pescando não-palavra*, “a interpretação não pode buscar uma verdade e uma realidade objetivamente simplesmente porque estas não existem. O trabalho do analista não seria o de desenterrar experiências, mas o de *construir algo que nunca chegou a se construir.*” (p. 102, grifos meus).

Serge Viderman (1982) (apud Uchitel, 1997) vai ainda mais longe. O autor entende que o trabalho de análise nem provoca a lembrança de uma cena efetivamente vivida, nem reconstrói essa cena, mas, na verdade, *constrói uma cena hipotética.* (p.84) Este autor, ainda segundo Uchitel (1997), acredita que a cena primária jamais existiu, nem no sentido real nem como no fantasmático [confira essa frase]; por isso ela é uma *invenção*, uma *produção criativa* do analista (p.84).

Esboçadas as diferenças, podemos entender, conseqüentemente, que interpretação e construção não se sobrepõem, mas coexistem, desempenhando papéis distintos na clínica psicanalítica. De qualquer modo, ainda que diferentes, Uchitel (1997) se questiona se, na prática, essa separação é possível, uma vez que, em suas palavras “toda interpretação acaba sendo uma construção e toda construção é interpretativa” (p.87). Para a psicanalista, uma interpretação pode ser tanto mais *realista* (comportando o sentido original na obra freudiana) quanto mais *construtivista* (p. 101). O primeiro caso ocorre quando o analista trabalha com as associações do paciente em busca dos sentidos preexistentes e do acesso ao recalcado, enquanto que o segundo acontece quando, a partir da relação transferencial em análise, o analista procura inferir dados históricos e o modo como o sujeito se relaciona no mundo.

3.2 Sobre a legitimidade das construções e sua eficácia clínica

Mas, se estamos trabalhando com conteúdos construídos, criados pelo analista a partir de fragmentos e impressões, muito com base em sua própria vivência na transferência (isto é, com um forte componente subjetivo), sem o compromisso de chegar a uma realidade efetivamente/objetivamente vivida, como é possível avaliar a legitimidade e a eficácia de uma construção?

Primeiramente, para minha surpresa, Freud (1937) nos assegura que o paciente não será prejudicado, caso lhe expusermos uma construção incorreta. Isso

porque, conforme a experiência lhe mostrou, uma construção desse tipo não provoca nenhuma reação no paciente que nem nega nem aceita o sentido apresentado. Essa reação poderia, de fato, significar uma resposta tardia do paciente diante da construção. Contudo, se após certo período, nada no comportamento do paciente se alterar, Freud (1937) nos afirma que a construção fora equivocada e o engano deve ser admitido para o paciente em oportunidade conveniente.

É fato que construções desacertadas significam um desperdício de tempo e certamente não criam boas impressões por parte do paciente. Contudo, “O perigo de desencaminharmos um paciente por sugestão, persuadindo-o a aceitar coisa em que nós próprios acreditamos, mas que ele não deveria aceitar, decerto foi enormemente exagerado.” (Freud, 1937, p. 276).

Mas dizer que uma construção equivocada não tem grandes consequências para o paciente não nos ajuda no sentido de entender o que valida uma construção ou quais seriam os indícios que apontariam uma construção correta. Freud (1937) nos responde essa questão ao defender-se da crítica recebida de um colega que afirmou que a clínica psicanalítica funcionava segundo o princípio “*cara, eu ganho; coroa, você perde*” (p. 271). Isso porque se o paciente concorda com a interpretação (ou construção), significa que o analista estava certo; todavia, se ele a rejeita, o analista dirá que esta reação é prova de sua resistência a admitir a verdade da interpretação apresentada. Em outras palavras, o analista estaria sempre certo.

Para além da crítica, um tanto jocosa, é verdade que Freud não nos apresentou diretrizes claras para o manejo da interpretação na clínica psicanalítica (como vimos anteriormente). No artigo de 1937, porém, o psicanalista é mais objetivo e nos dá mais pistas de como o trabalho clínico pode ser validado.

Antes de tudo, em resposta a seu crítico colega, Freud (1937) ressalta que nem um “sim” nem um “não” de um paciente diante de uma interpretação (ou construção¹⁰) são suficientes para tomá-la como incorreta. Ambas as reações são ambíguas e devem ser examinadas com cautela. Um “sim” pode, de fato, significar que o paciente concorda com a ideia que lhe fora apresentada, mas pode também não ter significado algum (se representar uma manifestação de sua resistência, que

¹⁰ Nesse trecho do artigo no qual Freud se dedica a responder a acusação feita à psicanálise, o psicanalista se vale do termo “interpretação”. Entretanto, a forma como ele dá continuidade ao texto, referindo-se às construções, permite-nos entender que o que se diz em relação à validade de uma interpretação, vale também para as construções.

se até a um sentido irreal para encobrir uma verdade que deseja esconder). Um “não” em análise, por sua vez, teria ainda menor valor. Na maior parte das vezes, ele expressa uma resistência diante da construção apresentada; contudo, podemos entender que, dado que toda construção é incompleta (pois abrange apenas um pequeno fragmento dos eventos esquecidos), a negativa por parte do paciente estaria apenas ressaltando a parte ainda não revelada da construção – como se ele nos dissesse: “não, isso ainda não é tudo”.

Assim, as formas diretas de reagir à fala de um analista nada comprovam. Melhor seria atentar às formas indiretas de confirmação de uma construção ou interpretação (Freud, 1937), como a maneira pela qual o paciente dá continuidade ao que lhe é apresentado. Nas palavras de Freud: “O ‘sim’ não possui valor, a menos que seja seguido por confirmações indiretas, a menos que o paciente, imediatamente após o ‘sim,’ produza novas lembranças que completem e ampliem a construção” (p. 276).

Outro indício da legitimidade de uma construção seria a utilização, por parte do paciente, de expressões do tipo ‘Nunca pensei’ (ou ‘Nunca teria pensado’) ‘isso’ (ou ‘nisso’). Diante de uma resposta desse tipo, o analista, para Freud (1937), pode estar seguro de que sua construção fora acertada.

Para ilustrar melhor como um analista pode avaliar suas construções, Freud (1937) nos conta um caso de um colega seu que, em determinado momento, procurou-lhe para uma consulta médica em relação a um problema que estava tendo com sua esposa. Diante de uma explicação de Freud para o quadro da mulher do seu colega, este lhe respondeu: “O inglês que você diagnosticou como sofrendo de um tumor cerebral morreu *também*.” (p.278, grifo meu). A fala foi, primeiramente, incompreensível para Freud, pois eles não estavam falando de ninguém que houvesse falecido para justificar o “também” ao final da frase. Posteriormente, o psicanalista compreendeu que o apontamento se dirigia a confirmar o seu diagnóstico; seu colega dizia, ainda que em outras palavras: “Sim, você certamente tem toda a razão. Seu diagnóstico foi confirmado no caso do outro paciente também”. (p. 278)

De todo modo, mais do que se ater exclusivamente à confirmação imediata de uma construção ou interpretação, somente o decorrer da análise – seus efeitos no médio e longo prazo – nos capacita a decidir se as construções são corretas ou inúteis.

Tratando-se especificamente das construções (ainda que, como apresentado, estas não objetivem um encontro com o real oculto, como nas interpretações), Freud (1937) nos aponta ser necessário que essas estejam apoiadas em um fragmento de experiência perdida ou em um “elemento de verdade histórica”; em outras palavras, deve estar relacionada ao passado primitivo reprimido do paciente. Nesse sentido, Freud traça um paralelo entre as construções e os delírios: “Tal como nossa construção só é eficaz porque recupera um fragmento de experiência perdida, assim também o delírio deve seu poder convincente ao elemento de verdade histórica que ele insere no lugar da realidade rejeitada” (p.282).

Freud (1937) ainda nos indica que a própria humanidade desenvolveu delírios (ou mitos, poderíamos dizer) que contradizem a realidade, mas que têm grande poder sobre os homens. Imagino aqui que Freud se refira às religiões ou mesmo às inúmeras referências à nossa história das quais não temos nenhuma comprovação, mas que se tornam verdades e possuem um importante efeito tranquilizador sobre nós.

Nesse sentido, Freud defende que o trabalho de construção teria o mesmo efeito curativo que o deciframento de um sentido real (nosso objetivo com as interpretações). Em suas palavras: “se a análise é corretamente efetuada, produzimos nele [paciente] uma convicção segura da verdade da construção, a qual alcança o mesmo resultado terapêutico que uma lembrança recapturada.” (p. 280).

Viderman (1982) (citado por Uchitel, 1997) nos ajuda a complementar essa ideia ao afirmar que o essencial para que o tratamento seja eficaz é somente que a história construída em análise “não possa não ser” do indivíduo a quem ela diz respeito; ou seja, o fundamental é que ele *possa se reconhecer nela* (p. 86). Nas palavras de Myriam Uchitel:

É refazer o sentido da sua história, mas é, também, e fundamentalmente, pode construir, escrever na situação da análise uma história, desprovida de recalques inúteis, uma história onde se vivam posições diferentes, onde não seja necessário despojar-se da expressão do desejo (p.86).

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Sempre foi uma questão para mim como estabelecer e respeitar uma ética na clínica (qualquer que seja a linha teórica). Preocupava-me com as consequências de interpretações equivocadas (que agora descobri terem sido supervalorizadas). Mas mesmo nos casos em que nenhum grande dano é causado (ou identificado), o que define uma terapêutica para além da sugestão e da catarse? Em outras palavras, em que consiste um método curativo que não se apoie somente na figura do analista/médico/terapeuta como aquele que tem o poder de resolução do sintoma somado ao alívio do desabafo de uma conversa? Afinal, algo mais deve fazer o analista.

Após o percurso realizado, posso afirmar que na clínica freudiana muito mais responsabilidade é atribuída ao analista (e também ao paciente). Muito mais até que a própria interpretação – meu foco inicial e principal – como me alertaram Uchitel (1997) e Dunker (2003). O analista deve interpretar (ou construir), investigar, dar sentido, acertar o *timing*, ser neutro, fazer análise pessoal, sustentar uma transferência... O paciente, por sua vez, precisa conseguir superar suas resistências, dizer coisas que não lhe agradam e ambos, em última instância, devem ser capazes de encerrar a análise.

Confesso, contudo, uma pequena frustração com a falta de diretrizes mais objetivas para o trabalho clínico. As sucessivas afirmações do tipo “o *analista experiente saberá*” decepcionam o iniciante. Adicionalmente, surpreendeu-me o fato de que, mesmo após o abandono da teoria do trauma e da concepção da fantasia, Freud recorresse a termos como “a lembrança do esquecido (experimentado)” nos textos finais de sua obra.

Da minha parte, faltou aprofundar-me nas revisões teóricas da década de 20/30 que constituíram o cenário para a germinação do conceito de construção. Isto é, entender a construção e também a interpretação à luz da segunda tópica, considerando a proeminência do papel do ego e da pulsão de morte.

No que tange aos aprendizados mais específicos do trabalho, vimos que a partir do momento que a fala ganhou lugar, a interpretação consolidou-se como uma importante ferramenta para o enfrentamento dos sintomas. Sua elaboração teórica se constituiu a partir da interpretação dos sonhos e suas funções foram revistas conforme as concepções clínicas de cada fase da obra freudiana.

Finalmente, vimos que, ainda que apresentem diferenças teóricas, construção e interpretação caminham na direção de atribuir um sentido ao sintoma (seja revelando-o ou construindo-o). Para futuros trabalhos acredito ser interessante debater os limites dessas técnicas e investigar outras possibilidades clínicas psicanalíticas que não trabalhem com a explicação do sintoma como método terapêutico. Isso porque vale a pergunta feita por Calligaris (2015) em recente coluna sua na Folha de S. Paulo: será que sofremos mais com a falta ou com o excesso de sentido? Entendemos a função do sentido na clínica e nas nossas vidas, mas, citando o psicanalista, “o que conhecemos menos é a leveza que seria possível se conseguíssemos parar de procurar desesperadamente um sentido – sem cair no desespero ao descobrir que talvez, de fato, não haja sentido algum”. (Calligaris, Folha de S. Paulo, jun, 2015).

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

CALLIGARIS, Contardo. Excesso ou falta de sentido? *Folha de São Paulo*. São Paulo, 16 jul. 2015

DUNKER, Christian. (2003) A Interpretação na Clínica Psicanalítica. Disponível em: <http://goo.gl/8WXaLV>. Acesso em 21 ago. 2015

FREUD, Sigmund. (1893-1895) Estudos sobre a Histeria. In: *Edição Standard Brasileira das Obras Completas de Sigmund Freud*. Vol. I. Rio de Janeiro: Imago, 1996.

_____ (1886-1899) Carta 69. In: *Edição Standard Brasileira das Obras Completas de Sigmund Freud*. Vol. II. Rio de Janeiro: Imago, 1996.

_____ (1900). A Interpretação dos sonhos. In: *Edição Standard Brasileira das Obras Completas de Sigmund Freud*. Vol. V. Rio de Janeiro: Imago, 1996.

_____ (1901). Sobre os sonhos. In: *Edição Standard Brasileira das Obras Completas de Sigmund Freud*. Vol. V. Rio de Janeiro: Imago, 1996.

_____ (1905). Sobre a Psicoterapia. In: *Edição Standard Brasileira das Obras Completas de Sigmund Freud*. Vol. VII. Rio de Janeiro: Imago, 1996.

_____ (1910). Cinco lições sobre psicanálise. In: *Edição Standard Brasileira das Obras Completas de Sigmund Freud*. Vol. XI. Rio de Janeiro: Imago, 1996.

_____ (1911) O manejo da interpretação dos sonhos em Psicanálise. In: *Edição Standard Brasileira das Obras Completas de Sigmund Freud*. Vol. XII. Rio de Janeiro: Imago, 1996.

_____ (1912a). A dinâmica da transferência. In: *Edição Standard Brasileira das Obras Completas de Sigmund Freud*. Vol. XII. Rio de Janeiro: Imago, 1996.

_____ (1912b). Recomendações aos médicos que exercem a Psicanálise. In: *Edição Standard Brasileira das Obras Completas de Sigmund Freud*. Vol. XII. Rio de Janeiro: Imago, 1996.

_____ (1913). Sobre o início do tratamento. In: *Edição Standard Brasileira das Obras Completas de Sigmund Freud*. Vol. XII. Rio de Janeiro: Imago, 1996.

_____ (1914a). Recordar, repetir, elaborar. In: *Edição Standard Brasileira das Obras Completas de Sigmund Freud*. Vol. XII. Rio de Janeiro: Imago, 1996.

_____ (1914b). A história do movimento psicanalítico. In: *Edição Standard Brasileira das Obras Completas de Sigmund Freud*. Vol. XIV. Rio de Janeiro: Imago, 1996.

_____ (1914c). Moisés de Michelangelo. In: *Edição Standard Brasileira das Obras Completas de Sigmund Freud*. Vol. XIII. Rio de Janeiro: Imago, 1996.

_____ (1917). Uma dificuldade no caminho da psicanálise. In: *Edição Standard Brasileira das Obras Completas de Sigmund Freud*. Vol. XVII. Rio de Janeiro: Imago, 1996.

_____ (1924). Uma breve descrição da Psicanálise. In: *Edição Standard Brasileira das Obras Completas de Sigmund Freud*. Vol. XIX. Rio de Janeiro: Imago, 1996.

_____ (1926a). Psicanálise. In: *Edição Standard Brasileira das Obras Completas de Sigmund Freud*. Vol. XX. Rio de Janeiro: Imago, 1996.

_____ (1926b). A questão da análise leiga. In: *Edição Standard Brasileira das Obras Completas de Sigmund Freud*. Vol. XX. Rio de Janeiro: Imago, 1996.

_____ (1925). Um estudo autobiográfico. In: *Edição Standard Brasileira das Obras Completas de Sigmund Freud*. Vol. XX. Rio de Janeiro: Imago, 1996.

_____ (1937). Construções em análise. In: *Edição Standard Brasileira das Obras Completas de Sigmund Freud*. Vol. XXIII. Rio de Janeiro: Imago, 1996.

LAPLANCHE, Jean; PONTALIS, Jean-Bertrand. (1982) *Vocabulário da Psicanálise*. 9ª ed. São Paulo: Martins Fontes, 2012.

LAPLANCHE, Jean; *Temporalidade e tradução. La révolution copernicienne inachevée*. Paris, Aubier, 1992. p. 317-353. (Trad. do cap. em português por Elisa Maria e Ulhôa Cintra).

ROSENFELD, Helena Kon. *Palavra pescando não-palavra: a metáfora na interpretação psicanalítica*. São Paulo: Casa do Psicólogo, 1998.

ROUDINESCO, Elisabeth; PLON, Michel. *Dicionário de Psicanálise*. Rio de Janeiro: Jorge Zahar Editor, 1998.

UCHITEL, Myriam. *Além dos limites da interpretação: indagações sobre a técnica psicanalítica*. São Paulo: Casa do Psicólogo, 1997.

VIDERMAN, Serge. *A construção do espaço psicanalítico*. São Paulo: Escuta, 1990.