

Recordar, Repetir e Elaborar  
(Novas Recomendações Sobre a Técnica da Psicanálise II)(1914)

## ERINNERN, WIEDERHOLEN UND DURCHARBEITEN

### (a) EDIÇÕES ALEMÃS:

1914 *Int. Z. Psychoanal.*, 2 (6), 485-91.

1918 *S. K. S. N.*, 4, 441-52, (1922, 2ª ed.)

1924 *Technik und Metapsychol.*, 109-19

1925 *G. S.*, 6, 109-19.

1931 *Neurosenlehre und Technik*, 385-96.

1946 *G. W.*, 10, 126-36.

### (b) TRADUÇÃO INGLESA:

‘Further Recommendations in the Technique of Psycho-Analysis:  
Recollection, Repetition and Working-Through’

1924 *C. P.*, 2, 366-76. (Trad. de Joan Riviere.)

A presente tradução inglesa, com o título alterado, é versão modificada da publicada em 1924.

Em seu aparecimento original (ao final de 1914), o título deste artigo era: ‘Weitere Ratschläge zur Technik der Psychoanalyse (II): Erinnern, Wiederholen und Durcharbeiten.’ O título da versão inglesa de 1924, citado acima, é tradução deste. De 1924 em diante, as edições alemãs adotaram o título mais curto.

Este trabalho é digno de nota, à parte seu interesse técnico, por conter o primeiro aparecimento dos conceitos da ‘compulsão à repetição’ (ver em [1]) e da ‘elaboração’ (ver em [2]).

Não me parece desnecessário continuar a lembrar aos estudiosos as alterações de grandes conseqüências que a técnica psicanalítica sofreu desde os primórdios. Em sua primeira fase — a da catarse de Breuer — ela consistia em focalizar diretamente o momento em que o sintoma se formava, e em esforçar-se persistentemente por reproduzir os processos mentais envolvidos nessa situação, a fim de dirigir-lhes a descarga ao longo do caminho da atividade consciente. Recordar e ab-reagir, com o auxílio, era a que, àquela época, se visava. A seguir, quando a hipnose foi abandonada, a tarefa transformou-se em descobrir, a partir das associações livres do paciente, o que ele

deixava de recordar. A resistência deveria ser contornada pelo trabalho da interpretação e por dar a conhecer os resultados desta ao paciente. 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. Finalmente, desenvolveu-se a técnica sistemática hoje utilizada, na qual o analista abandona a tentativa de colocar em foco um momento ou problema específicos. Contenta-se em estudar tudo o que se ache presente, de momento, na superfície da mente do paciente, e emprega a arte da interpretação principalmente para identificar as resistências que lá aparecem, e torná-las conscientes ao paciente. Disto resulta um novo tipo de divisão de trabalho: o médico revela as resistências que são desconhecidas ao paciente; quando essas tiverem sido vencidas, o paciente amiúde relaciona as situações e vinculações esquecidas sem qualquer dificuldade. O objetivo destas técnicas diferentes, naturalmente, permaneceu sendo o mesmo. Descritivamente falando, trata-se de preencher lacunas na memória; dinamicamente, é superar resistências devidas à repressão.

Ainda devemos ser gratos à velha técnica hipnótica por ter-nos apresentado processos psíquicos únicos de análise sob forma isolada ou esquemática. Somente isto poder-nos-ia ter dado a coragem para criar situações mais complicadas no tratamento analítico e mantê-las claras diante de nós.

Nesses tratamentos hipnóticos, o processo de recordar assumia forma muito simples. O paciente colocava-se de volta numa situação anterior, que parecia nunca confundir com a atual, e fornecia um relato dos processos mentais a ela pertencentes, na medida em que permaneciam normais; acrescentava então a isso tudo o que podia surgir como resultado da transformação dos processos, que na época haviam sido inconscientes, em conscientes.

Neste ponto, interpolarei algumas considerações que todo analista já viu confirmadas em suas observações. Esquecer impressões, cenas ou experiências quase sempre se reduz a interceptá-las. Quando o paciente fala sobre estas coisas 'esquecidas', raramente deixa de acrescentar: 'Em verdade, sempre o soube; apenas nunca pensei nisso.' Amiúde expressa desapontamento por não lhe vierem à cabeça

coisas bastantes que possa chamar de ‘esquecidas’ — em que nunca pensou desde que aconteceram. Não obstante, mesmo este desejo é realizado, especialmente no caso das histerias de conversão. O ‘esquecer’ torna-se ainda mais restrito quando avaliamos em seu verdadeiro valor as lembranças encobridoras que tão geralmente se acham presentes. Em certos casos, tive a impressão de que a conhecida amnésia infantil, que teoricamente nos é tão importante, é completamente contrabalançada pelas lembranças encobridoras. Não apenas *algo*, mas a *totalidade* do que é essencial na infância foi retido nessas lembranças. Trata-se simplesmente de saber como extraí-lo delas pela análise. Elas representam os anos esquecidos da infância tão adequadamente quanto o conteúdo manifesto de um sonho representa os pensamentos oníricos.

O outro grupo de processos psíquicos — fantasias, processos de referência, impulsos emocionais, vinculações de pensamento — que, como atos puramente internos, não podem ser contrastados com impressões e experiências, deve, em sua relação com o esquecer e o recordar, ser considerado separadamente. Nestes processos, acontece com extraordinária freqüência ser ‘recordado’ algo que nunca poderia ter sido ‘esquecido’, porque nunca foi, em ocasião alguma, notado — nunca foi consciente. Com referência ao curso tomado pelos eventos psíquicos, parece não fazer nenhuma diferença se determinada ‘vinculação de pensamento’ foi consciente e depois esquecida ou se nunca, de modo algum, conseguiu tornar-se consciente. A convicção que o paciente alcança no decurso de sua análise é inteiramente independente deste tipo de lembrança.

Nas muitas formas diferentes da neurose obsessiva, em particular, o esquecer restringe-se principalmente à dissolução das vinculações de pensamento, ao deixar de tirar as conclusões corretas e isolar lembranças.

Há um tipo especial de experiências da máxima importância, para a qual lembrança alguma, via de regra, pode ser recuperada. Trata-se de experiências que ocorreram em infância muito remota e não foram compreendidas na ocasião, mas que *subseqüentemente* foram compreendidas e interpretadas. Obtém-se conhecimento delas através dos sonhos e é-se obrigado a acreditar neles com base nas provas mais convincentes fornecidas pela estrutura da neurose. Ademais, podemos certificar-nos de que o paciente, após suas resistências haverem sido superadas, não mais invoca a ausência de qualquer

lembrança delas (qualquer sensação de familiaridade com elas) como fundamento para recusar-se a aceitá-las. Este assunto, contudo, exige tanta cautela crítica e introduz tanta coisa nova e espantosa que reservá-lo-ei para um exame separado, juntamente com material apropriado.

Sob a nova técnica, muito pouco, e com freqüência nada resta deste deliciosamente calmo curso de acontecimentos. Há certos casos que se comportam como aqueles sob a técnica hipnótica até certo ponto e só mais tarde deixam de fazê-lo, mas outros conduzem-se diferentemente desde o início. Se nos limitarmos a este segundo tipo, a fim de salientar a diferença, podemos dizer que o paciente não *recorda* coisa alguma do que esqueceu e reprimiu, mas expressa-o pela atuação ou atua-o (*acts it out*). Ele o reproduz não como lembrança, mas como ação; *repete-o*, sem, naturalmente, saber que o está repetindo.

Por exemplo, o paciente não diz que recorda que costumava ser desafiador e crítico em relação à autoridade dos pais; em vez disso, comporta-se dessa maneira para com o médico. Não se recorda de como chegou a um impotente e desesperado impasse em suas pesquisas sexuais infantis; mas produz uma massa de sonhos e associações confusas, queixa-se de que não consegue ter sucesso em nada e assevera estar fadado a nunca levar a cabo o que empreende. Não se recorda de ter-se envergonhado intensamente de certas atividades sexuais e de ter tido medo de elas serem descobertas; mas demonstra achar-se envergonhado do tratamento que agora empreendeu e tenta escondê-lo de todos. E assim por diante.

Antes de mais nada, o paciente *começará* seu tratamento por uma repetição deste tipo. Quando anunciamos a regra fundamental da psicanálise a um paciente com uma vida cheia de acontecimentos e uma longa história de doença, e então lhe pedimos para dizer-nos o que lhe vem à mente, esperamos que ele despeje um dilúvio de informações; mas, com freqüência, a primeira coisa que acontece é ele nada ter a dizer. Fica silencioso e declara que nada lhe ocorre. Isto, naturalmente, é simplesmente a repetição de uma atitude homossexual que se evidencia como uma resistência contra recordar alguma coisa [ver em [1]]. Enquanto o paciente se acha em tratamento, não pode fugir a esta compulsão à repetição; e, no final, compreendemos que esta é a sua maneira de recordar.

O que nos interessa, acima de tudo, é, naturalmente, a relação desta compulsão à repetição com a transferência e com a resistência. Logo percebemos que a transferência é, ela própria, apenas um fragmento da repetição e que a repetição é uma transferência do passado esquecido, não apenas para o médico, mas também para todos os outros aspectos da situação atual. Devemos estar preparados para descobrir, portanto, que o paciente se submete à compulsão, à repetição, que agora substitui o impulso a recordar, não apenas em sua atitude pessoal para com o médico, mas também em cada diferente atividade e relacionamento que podem ocupar sua vida na ocasião — se, por exemplo, se enamora, incumbe-se de uma tarefa ou inicia um empreendimento durante o tratamento. Também o papel desempenhado pela resistência é facilmente identificável. Quanto maior a resistência, mais extensivamente a atuação (*acting out*) (repetição) substituirá o recordar, pois o recordar ideal do que foi esquecido, que ocorre na hipnose, corresponde a um estado no qual a resistência foi posta completamente de lado. Se o paciente começa o tratamento sob os auspícios de uma transferência positiva branda e impronunciada, ela lhe torna possível, de início, desenterrar suas lembranças tal como o faria sob hipnose, e, durante este tempo, seus próprios sintomas patológicos acham-se inativos. Mas se, à medida que a análise progride, a transferência se torna hostil ou excessivamente intensa e, portanto, precisando de repressão, o recordar imediatamente abre caminho à atuação (*acting out*). Daí por diante, as resistências determinam a seqüência do material que deve ser repetido. O paciente retira do arsenal do passado as armas com que se defende contra o progresso do tratamento — armas que lhe temos de arrancar, uma por uma.

Aprendemos que o paciente repete ao invés de recordar e repete sob as condições da resistência. Podemos agora perguntar o que é que ele de fato repete ou atua (*acts out*). A resposta é que repete tudo o que já avançou a partir das fontes do reprimido para sua personalidade manifesta — suas inibições, suas atitudes inúteis e seus traços patológicos de caráter. Repete também todos os seus sintomas, no decurso do tratamento. E podemos agora ver que, ao chamar atenção para a compulsão à repetição, não obtivemos um fato novo, mas apenas uma visão mais ampla. Só esclarecemos a nós mesmos que o estado de enfermidade do paciente não pode cessar com o início de sua análise, e que devemos tratar sua doença não como um acontecimento do passado, mas como uma força atual. Este

estado de enfermidade é colocado, fragmento por fragmento, dentro do campo e alcance do tratamento e, enquanto o paciente o experimenta como algo real e contemporâneo, temos de fazer sobre ele nosso trabalho terapêutico, que consiste, em grande parte, em remontá-lo ao passado.

O recordar, tal como era induzido pela hipnose, só podia dar a impressão de um experimento realizado em laboratório. O repetir, tal como é induzido no tratamento analítico, segundo a técnica mais recente, implica, por outro lado, evocar um fragmento da vida real; e, por essa razão, não pode ser sempre inócuo e irrepreensível. Esta consideração revela todo o problema do que é tão amiúde inevitável — a ‘deterioração durante o tratamento’.

Primeiro e antes de tudo, o início do tratamento em si ocasiona uma mudança na atitude consciente do paciente para com sua doença. Ele habitualmente se contentava em lamentá-la, desprezá-la como absurda e subestimar sua importância; quanto ao resto, estendeu às manifestações dela a política de avestruz de repressão que adotara em relação às suas origens. Assim, pode acontecer que não saiba corretamente em que condições sua fobia se manifesta, não escute o fraseado preciso de suas idéias obsessivas ou não apreenda o intuito real de seu impulso obsessivo. O tratamento, naturalmente, não é auxiliado por isto. O paciente tem de criar coragem para dirigir a atenção para os fenômenos de sua moléstia. Sua enfermidade em si não mais deve parecer-lhe desprezível, mas sim tornar-se um inimigo digno de sua têmpera, um fragmento de sua personalidade, que possui sólido fundamento para existir e da qual coisas de valor para sua vida futura têm de ser inferidas. Acha-se assim preparado o caminho, desde o início, para uma reconciliação com o material reprimido que se está expressando em seus sintomas, enquanto, ao mesmo tempo, acha-se lugar para uma certa tolerância quanto ao estado de enfermidade. Se esta nova atitude em relação à doença intensifica os conflitos e põe em evidência sintomas que até então haviam permanecido vagos, podemos facilmente consolar o paciente mostrando-lhe que se trata apenas de agravamentos necessários e temporários e que não se pode vencer um inimigo ausente ou fora de alcance. A resistência, contudo, pode explorar a situação para seus próprios fins e abusar da licença de estar doente. Ela parece dizer: ‘Veja o que acontece se eu realmente transijo com tais coisas. Não tinha razão em confiá-las à repressão?’ Pessoas jovens e pueris, em particular, inclinam-se a transformar a necessidade, imposta pelo

tratamento, de prestar atenção à sua doença, numa desculpa bem-vinda para regalar-se em seus sintomas.

Outros perigos surgem do fato de que, no curso do tratamento, novos e mais profundos impulsos instintuais, que até então não se haviam feito sentir, podem vir a ser 'repetidos'. Finalmente, é possível que as ações do paciente, fora da transferência, possam causar-lhe dano temporário em sua vida normal, ou até mesmo terem sido escolhidos para invalidar permanentemente suas perspectivas de restabelecimento.

As táticas a serem adotadas pelo médico, nesta situação, são facilmente justificadas. Para ele, recordar à maneira antiga — reprodução no campo psíquico — é o objetivo a que adere, ainda que saiba que tal objetivo não pode ser atingido na nova técnica. Ele está preparado para uma luta perpétua com o paciente, para manter na esfera psíquica todos os impulsos que este último gostaria de dirigir para a esfera motora; e comemora como um triunfo para o tratamento o fato de poder ocasionar que algo que o paciente deseja descarregar em ação seja utilizado através do trabalho de recordar. Se a ligação através da transferência transformou-se em algo de modo algum utilizável, o tratamento é capaz de impedir o paciente de executar algumas das ações repetitivas mais importantes e utilizar sua intenção de assim proceder, *in statu nascendi*, como material para o trabalho terapêutico. Protege-se melhor o paciente de prejuízos ocasionados pela execução de um de seus impulsos, fazendo-o prometer não tomar quaisquer decisões importantes que lhe afetem a vida durante o tempo do tratamento — por exemplo, não escolher qualquer profissão ou objeto amoroso definitivo — mas adiar todos os planos desse tipo para depois de seu restabelecimento.

Ao mesmo tempo, deixa-se voluntariamente intocado um tanto da liberdade pessoal do paciente quanto é compatível com estas restrições, e não se o impede de levar a cabo intenções sem importância, mesmo que sejam tolas; não nos esqueçamos de que, na realidade, é apenas através de sua própria experiência e infortúnios que uma pessoa se torna sagaz. Há também pessoas a quem não se pode impedir de mergulharem em algum projeto inteiramente indesejável durante o tratamento e que somente depois ficam prontas para a análise ou a esta acessíveis. Ocasionalmente, também, está sujeito a acontecer que os instintos indomados se afirmem antes que haja tempo de colocar-lhes as rédeas da transferência, ou que os laços que ligam o paciente ao tratamento sejam por ele rompidos

numa ação repetitiva. Como exemplo extremo disto, posso citar o caso de uma senhora de idade que havia repetidamente fugido de casa e do marido em estado crepuscular e ido para onde ninguém sabia, sem sequer tornar-se consciente de seu motivo para partir desta maneira. Ela chegou ao tratamento com uma acentuada transferência afetuosa que cresceu em intensidade com misteriosa rapidez nos primeiros dias; ao final da semana, havia-me abandonado também, antes que tivesse tempo de dizer-lhe algo que pudesse ter impedido esta repetição.

Toda vida, o instrumento principal para reprimir a compulsão do paciente à repetição e transformá-la num motivo para recordar reside no manejo da transferência. Tornamos a compulsão inócua, e na verdade útil, concedendo-lhe o direito de afirmar-se num campo definido. Admitimo-la à transferência como a um *playground* no qual se espera que nos apresente tudo no tocante a instintos patogênicos, que se acha oculto na mente do paciente. Contanto que o paciente apresente complacência bastante para respeitar as condições necessárias da análise, alcançamos normalmente sucesso em fornecer a todos os sintomas da moléstia um novo significado transferencial e em substituir sua neurose comum por uma 'neurose de transferência', da qual pode ser curado pelo trabalho terapêutico. A transferência cria, assim, uma região intermediária entre a doença e a vida real, através da qual a transição de uma para a outra é efetuada. A nova condição assumiu todas as características da doença, mas representa uma doença artificial, que é, em todos os pontos, acessível à nossa intervenção. Trata-se de um fragmento de experiência real, mas um fragmento que foi tornado possível por condições especialmente favoráveis, e que é de natureza provisória. A partir das reações repetitivas exibidas na transferência, somos levados ao longo dos caminhos familiares até o despertar das lembranças, que aparecem sem dificuldade, por assim dizer, após a resistência ter sido superada.

Poder-me-ia deter neste ponto, não fosse o título deste artigo, que me obriga a debater ainda um ponto na técnica analítica. O primeiro passo para superar as resistências é dado, como sabemos, pelo fato de o analista revelar a resistência que nunca é reconhecida pelo paciente, e familiarizá-lo com ela. Ora, parece que os principiantes na clínica analítica inclinam-se a encarar este passo introdutório como a totalidade do seu trabalho. Amiúde me têm sido pedidos conselhos sobre casos em que o médico se queixou de ter apontado a



resistência ao paciente e, não obstante, mudança alguma ter-se efetuado; na verdade, a resistência tornou-se ainda mais forte e toda situação ficou mais obscura do que nunca. O tratamento parecia não progredir. Este prenúncio sombrio sempre se mostrou errôneo. O tratamento, via de regra, progredia muito satisfatoriamente. O analista simplesmente se havia esquecido de que o fato de dar à resistência um nome poderia não resultar em sua cessão imediata. Deve-se dar ao paciente tempo para conhecer melhor esta resistência com a qual acabou de se familiarizar, para *elaborá-la*, para superá-la, pela continuação, em desafio a ela, do trabalho analítico segundo a regra fundamental da análise. Só quando a resistência está em seu auge é que pode o analista, trabalhando em comum com o paciente, descobrir os impulsos instintuais reprimidos que estão alimentando a resistência; e é este tipo de experiência que convence o paciente da existência e do poder de tais impulsos. O médico nada mais tem a fazer senão esperar e deixar as coisas seguirem seu curso, que não pode ser evitado nem continuamente apressado. Se se apegar a esta convicção, amiúde ser-lhe-á poupada a ilusão de ter fracassado, quando, de fato, está conduzindo o tratamento segundo as linhas corretas.

Esta elaboração das resistências pode, na prática, revelar-se uma tarefa árdua para o sujeito da análise e uma prova de paciência para o analista. Todavia, trata-se da parte do trabalho que efetua as maiores mudanças no paciente e que distingue o tratamento analítico de qualquer tipo de tratamento por sugestão. De um ponto de vista teórico, pode-se correlacioná-la com a 'ab-reação' das cotas de afeto estranguladas pela repressão — uma ab-reação sem a qual o tratamento hipnótico permanecia ineficaz.